



Läkemedelsavvikelser på en kirurgisk bäddavdelning vid ett universitetssjukhus

En kvantitativ och kvalitativ studie

Niina Heino

Anna-Emilia Oksala

Examensarbete

Akutvård

2013

EXAMENSARBETE	
Arcada	
Utbildningsprogram:	Akutvård 2009
Identifikationsnummer:	11614, 11845
Författare:	Niina Heino, Anna-Emilia Oksala
Arbetets namn:	Läkemedelsavvikelser på en kirurgisk bäddavdelning på ett universitetssjukhus
Handledare (Arcada):	Christel Roberts
Uppdragsgivare:	Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt, HNS
<p>Sammandrag:</p> <p>Detta beställningsarbete handlar om läkemedelsavvikelser. Arbetet innehåller två delar som består av genomgång av HaiPro-anmälningar och intervjuer av erfarna sjukskötare. HaiPro är ett dataprogram dit personalen kan anmäla faro- och skadesituationer inom sjukvården. Undersökningen gjordes på en kirurgisk bäddavdelning i huvudstadsregionen. Grundidén till arbetet kom från avdelningen, men vi fick själv specificera problemområdet. Metoden till arbetet är en kvantitativ genomgång av HaiPro-anmälningar, och kvalitativa intervjuer av sjukskötare på avdelningen.</p> <p>Syftet med HaiPro-genomgången är att få fram om det finns gemensamma faktorer som upprepar sig och vilken som är den vanligaste läkemedelsavvikelsen på avdelningen. I intervjuerna tar vi fram personalens åsikter om läkemedelsavvikelser som sker på avdelningen och hurdana förbättringsförslag de har. Syftet med arbetet är att genom dessa undersökningar öka personalens kunskap om i vilka omständigheter avvikelserna sker på avdelningen och minska på dessa genom personalens förbättringsförslag. Dessa förbättringsförslag leder till en säkrare läkemedelsbehandling på avdelningen.</p> <p>Forskningsfrågor:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vilken är den vanligaste läkemedelsavvikelsen på avdelningen? 2. Hurdan uppfattning har sjukskötare om läkemedelsavvikelser som sker på avdelningen? 3. Vilka faktorer påverkar och i hurdana situationer förekommer dessa fel? 4. Har vårdarna en realistisk uppfattning om vad som leder till läkemedelsavvikelser i förhållandet till HaiPro-materialet? <p>Resultatet visade att personalen är mycket medveten om läkemedelsavvikelserna på avdelningen, men dess tankar om var och när avvikelserna sker motsvarar inte helt HaiPro-materialet. Intervjuerna resulterade i bra förbättringsförslag och detta arbete kommer säkert att väcka diskussion på avdelningen. I korthet ville personalen ha bättre utrymmen för läkemedelsutdelningen, mera utbildning om läkemedelsbehandling och tydligare dataprogram för dokumenteringen.</p>	
Nyckelord:	Patientsäkerhet, säker läkemedelsbehandling, läkemedelsavvikelser, medicineringsprocessen, HaiPro
Sidantal:	52
Språk:	Svenska
Datum för godkännande:	

DEGREE THESIS	
Arcada	
Degree Programme:	Paramedics
Identification number:	11614, 11845
Author:	Niina Heino, Anna-Emilia Oksala
Title:	A survey of medication errors on a surgical ward in an university hospital
Supervisor (Arcada):	Christel Roberts
Commissioned by:	The Hospital District of Helsinki and Uusimaa
<p>Abstract:</p> <p>This survey is ordered from The Hospital District of Helsinki and Uusimaa and it discusses medication errors. The first part of the survey is to review HaiPro-notifications and the second part is to interview experienced nurses. HaiPro is a computer program in which all staff on health care industry can make notifications about danger- and disbeneficial situations that accure in any part of the health care process. This survey was conducted on a surgical ward in a university hospital in the Helsinki metropolitan area. The idea to the survey came from the ward but we got to formulate our subject more precisely ourselves. We used a quantitative method to review the HaiPro-notifications and a qualitative method to the interviews.</p> <p>We want to find out if there are any factors that are repeating in medication errors and what is the most common error that accures by reviewing the HaiPro-notifications. We also want to find out the nurses opinions of medications errors and their suggestions to minimize the amount of medication errors.</p> <p>With these two parts of this survey our goal is to enduce the knowledge about where and when medication errors accure and with this information minimize the amount of the errors and make the medication process more safe.</p> <p>Our surveyquestions are:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. What is the most common medication error on this ward? 2. What kind of perception does the staff have about medication errors on this ward? 3. What are the factors that impact on medication errors and in what kind of situations does medication errors accure? 4. Does the nurses have a realistic perception of what leads to medication errors in comparison of the HaiPro-material? <p>The results show that these nurses have a very good knowledge about medication errors on this ward but their thoughts on where and when the errors accure did not quite match the material we got from the HaiPro-notifications. We got a lot of good suggestions to minimize the amount of medication errors and this survey will definitely arouse discussion on this ward. Shortly said, the staff mentioned that the most important things to improve are the rooms for medication preparing, more education and computer programs to be more simply to use.</p>	
Keywords:	Patient safety, safe medication, medication errors, HaiPro
Number of pages:	52
Language:	Swedish
Date of acceptance:	

OPINNÄYTE	
Arcada	
Koulutusohjelma:	Ensihoito
Tunnistenumero:	11614, 11845
Tekijä:	Niina Heino, Anna-Emilia Oksala
Työn nimi:	Lääkepoikkeamat kirurgisella vuodeosastolla yliopisto-sairaalassa
Työn ohjaaja (Arcada):	Christel Roberts, TTM
Toimeksiantaja:	Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, HUS
<p>Tiivistelmä:</p> <p>Tämä tilaustyö käsittelee lääkepoikkeamia. Työ sisältää kaksi osaa, jotka ovat HaiPro-ilmoitusten läpikäyminen sekä kokoneiden sairaanhoitajien haastatteleminen. HaiPro on tietokoneohjelma, johon hoitohenkilöstö voi ilmoittaa vaara- ja haattatapahtumista hoitotyössä. Tutkimus tehtiin eräällä pääkaupunkiseudun kirurgisella vuodeosastolla. Idea työhön tuli osastolta itseltään, mutta saimme itse muotoilla tutkimuskohteen tarkemmin. Työssä on käytetty kvantitatiivista metodia HaiPro-ilmoitusten läpikäymiseen sekä kvalitatiivista tutkimusta haastatteluihin.</p> <p>HaiPro-ilmoitusten läpikäymisen tarkoituksena on saada selville, löytyykö lääkepoikkeamissa yhteisiä toistuvia tekijöitä ja mikä on tavallisin lääkepoikkeama osastolla. Haastatteluissa otamme selvää henkilökunnan mielipiteistä lääkepoikkeamissa, joita osastolla tapahtuu, samoin kuin minkälaisia parannusehdotuksia heillä on poikkeamien vähentämiseen. Työn tarkoituksena on näiden kahden tutkimusmenetelmän avulla kehittää henkilökunnan tietoisuutta siitä, minkälaisissa tilanteissa lääkepoikkeamia esiintyy sekä tämän tiedon avulla vähentää niitä ja parantaa lääkehoidon turvallisuutta.</p> <p>Tutkimuskysymykset:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mikä on tavallisin lääkepoikkeama, joka osastolla esiintyy? 2. Minkälainen käsitys henkilökunnalla on lääkepoikkeamista, joita osastolla tapahtuu? 3. Mitkä tekijät vaikuttavat lääkepoikkeamiin ja minkälaisissa tilanteissa niitä esiintyy? 4. Onko hoitajilla realistinen käsitys siitä, mikä johtaa lääkepoikkeamien syntyyn suhteessa HaiProsta saatuun materiaaliin? <p>Tulokset näyttävät, että henkilökunta on hyvin tietoinen lääkepoikkeamista osastolla mutta heidän ajatuksensa siitä, missä ja milloin poikkeamat esiintyvät eivät täysin vastaa materiaalia, jonka saimme HaiPro-ilmoituksista. Haastatteluista saimme paljon hyviä parannusehdotuksia ja tämä työ tulee varmasti herättämään keskustelua osastolla. Lyhyesti sanottuna henkilökunta nimesi tärkeimmiksi parannuksien kohteiksi paremmat tilat, enemmän koulutusta ja selkeämmät tietokoneohjelmat.</p>	
Avainsanat:	Potilasturvallisuus, turvallinen lääkehoito, lääkepoikkeama, HaiPro
Sivumäärä:	52
Kieli:	Ruotsi
Hyväksymispäivämäärä:	

INNEHÅLL

1	INLEDNING	8
2	BAKGRUND	9
3	TEORETISK REFERENSRAM	10
3.1	Patientsäkerhet	10
3.1.1	<i>Farosituationer</i>	11
3.1.2	<i>Läkemedelsavvikelser</i>	12
3.1.3	<i>Faktorer som påverkar patientsäkerheten</i>	13
3.2	Säker läkemedelsbehandling	14
4	KOPPLING TILL TIDIGARE FORSKNING	15
5	SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING	20
6	METOD	20
6.1	Kvantitativ forskning	21
6.1.1	<i>Genomgång av HaiPro-anmälningar</i>	21
6.2	Kvalitativ forskning	21
6.2.1	<i>Temaintervju och innehållsanalys</i>	22
7	DESIGN – ARBETSPROCESSEN	23
8	ETISKA REFLEKTIONER	24
9	RESULTAT	25
9.1	Redovisning av HaiPro-materialet	26
9.2	Redovisning av intervjuerna	31
9.2.1	<i>Förekomsten av läkemedelsavvikelser</i>	32
9.2.2	<i>HaiPro-programmet</i>	32
9.2.3	<i>Kommunikation</i>	33
9.2.4	<i>Åtgärder mot läkemedelsavvikelser</i>	34
9.2.5	<i>Förbättringsförslag</i>	36
10	DISKUSSION	36
11	KRITISK GRANSKNING	39
12	FORTSATT FORSKNING	42
	KÄLLOR	44
	BILAGOR	46

BILAGA 1. Forskningstillståndet (HNS)	47
BILAGA 2. Följbrevet till informanterna	49
BILAGA 3. Intervjuteman.....	51
BILAGA 4. Arbetsfördelningen	52

Figurer

Figur 1. Beskrivning av vad leder till farosituationer och hur dessa kan påverka patienten	13
Figur 2. Vår arbetsprocess	23

Diagram

- Diagram 1. Antalet HaiPro-anmälningar/veckodag
- Diagram 2. Antalet anmälningar under rubriken *Dokumentering*
- Diagram 3. Avvikelser i medicineringprocessen.
- Diagram 4. Tidpunkten när mest avvikelser har rapporterats.
- Diagram 5. Administreringsätt.

1 INLEDNING

Alla som jobbar inom vårdbranschen har säkert olika svar på frågan “Vad betyder patientsäkerhet?” Under den tid vi har studerat akutvård vid Arcada har vi fått mycket kunskap för att kunna svara på denna fråga. Patientsäkerheten kommer hela tiden att spela en större roll inom vården. Inom studierna har vi fått en mängd teoretisk kunskap om läkemedel, men trots att man redan är i arbetslivet, finns det ännu mycket att lära sig.

Läkemedlen är en stor del av patientsäkerheten. Läkemedelsavvikelser sker på grund av mänskliga fel och kan därför inte helt undvikas. Med att studera varför dessa avvikelser sker kan man ändå minska antalet till det minimala. (IHV 2012) Vårt arbete handlar om vad som lett till läkemedelsavvikelser samt hur dessa skulle kunna undvikas.

Det finns många olika sätt att undvika avvikelser eller fel i medicineringsprocessen. Kinnunen (2012) skriver i sitt föreläsningsmaterial om de 16 faser som har utvecklats, för Vasa centralsjukhus, att göra läkemedelshanteringen så säker som möjligt. Vi kommer inte att beskriva alla 16 stycken här, men lyfter fram några som har betydelse till vårt arbete. Till dessa faser hör också de fem R:n; rätt patient, rätt läkemedel, rätt dos, rätt (administrerings)sätt, och rätt tid. Kinnunen lyfter fram till exempel identifikationsarmbandet som får ännu större betydelse då patienten inte själv kan identifiera sig på grund av nedsatt medvetandegrad eller någon sjukdom.

Kinnunen (2012) tar också fram hur viktigt det är att läkemedelsordinationerna hålls uppdaterade. Att printa ut läkemedelslistorna med jämna mellanrum och kolla att ordinationen står rätt på läkemedelslistan kan tydligt minska risken att patienten råkar ut för läkemedelsavvikelser. Att uppdatera listorna låter som en självklar sak men tyvärr finns det inga officiella råd om detta på många vårdenheter. Vasa centralsjukhus har tagit i bruk läkemedelskoppar av olika färg preciserade till olika tider av dygnet, vilket betyder att hela sjukhuset använder samma färg av koppar på morgonen, dagen, eftermiddagen, kvällen osv. Detta borde alla sjukhus ta i bruk bara för att göra läkemedelsbehandlingen lättare och klarare om man jobbar på olika avdelningar på samma sjukhus.

Idéen till arbetet kom direkt från en avdelning som sköter kirurgiska patienter. Avdelningen är i ett universitetssjukhus i huvudstadsregionen. Genom att beställa detta arbete ville avdelningen ta reda på varför det har skett läkemedelsavvikelser samt kartlägga olika möjligheter att undvika dessa avvikelser och förbättra medicinerings- och patient-säkerhet. Vi fick själv ställa forskningsfrågorna, samt välja metoden till studien.

Vårt arbete innehåller både en kvantitativ och en kvalitativ del. Kartläggningen av HaiPro-anmälningarna är den kvantitativa delen. Att komma djupare in i ämnet och få utförligare svar på frågan ”Hur undvika läkemedelsavvikelser?” bestämde vi även oss för att ta med en kvalitativ del, att intervjua fyra sjukskötare och använda temaintervju så att deras åsikter skulle komma fram så fritt som möjligt.

Vårt arbete ger mycket möjligheter till fortsatt forskning. Vi fokuserade oss på att få fram orsaker som lett till avvikelser samt personalens förbättringsförslag, men vi bestämde oss för att inte fortsätta vidare med till exempel att skapa någotslags av verktyg att minska felen i medicineringsprocessen. I kapitel Diskussion har vi lyft fram tankar som väcktes då vi gick igenom HaiPro-anmälningar och svaren från intervjuerna.

2 BAKGRUND

Enligt instruktionerna från beställarens sida kommer vi att skriva detta arbete så att det inte kommer fram vilket sjukhus och vilken avdelning undersökningen gjordes på. I detta kapitel beskriver vi HaiPro-programmet och förklarar hur det fungerar för att programmet är en viktig del av vårt examensarbete.

HaiPro är ett dataprogram där man rapporterar och lagrar anmälningar om farliga eller nära ögat- situationer i vården. Avsikten med HaiPro-systemet är att den enskilda avdelningen kan samla data om farosituationer, lära sig av tidigare erfarenhet samt kan utveckla sina metoder mot dessa och förbättra patient- och arbetssäkerheten.

Användningen av HaiPro är frivilligt, anonymt och konfidentiellt. Det är i bruk i över 200 enheter inom social- och hälsovården. I Finland har HaiPro-programmet tagits i bruk år 2007. (HaiPro 2013)

När det hänt en skadesituation (eller ”nära ögat”-situation) skall personalen göra en HaiPro-anmälning via datorn. Både läkare, sjukskötare och övrig personal kan göra anmälningen. Den skrivna anmälningen går till en vald person i organisationen. Personen går igenom och analyserar anmälningen. Hittas det brister på avdelningen försöker man åtgärda problemen och lära sig något av misstagen. Anmälningarna kan även leda till vidare utredning. (Kinnunen et al. 2009:9)

Det rekommenderas att det både inom den allmänna och privata sjukvården skall finnas klara direktiv på hur farosituationer skall rapporteras och hur man skall få nytta av informationen. Rapporteringssystemet är inte till för att skuldsätta den enskilda vårdaren. Information som fås genom rapporteringen skall användas till undersökning och vidareutveckling av metoder mot farosituationer. Till utbildningen av yrkesmänniskor inom sjukvården hör att kunna rapportera farosituationer och hur man i framtiden kan utnyttja det man tidigare lärt sig. (Kinnunen et al. 2009:19)

3 TEORETISK REFERENS RAM

Som teoretisk referensram använder vi patientsäkerhet och säker läkemedelsbehandling. I följande stycke kommer vi att gå närmare in på patientsäkerheten och säker läkemedelsbehandling.

3.1 Patientsäkerhet

Alla människor har rätt till en professionell och säker vård. Men så länge människor kommer att utöva yrket som vårdare, kommer det alltid att ske fel i någon mån. Därför är det viktigt att vårdare känner igen dessa händelser och vet hur man skall handskas med dem. (IHV 2012)

Vårt arbete om läkemedelsavvikelser handlar i grund och botten om patientsäkerhet, och hur personalen skall lära sig av sina fel. Läkemedelsvård är ett område av patientsäkerhet där patienter skadas mest, så därför är det viktigt att vara medveten om var och hur läkemedelsavvikelser sker och försöka minska på dessa.

Patientsäkerhet är vård med bra kvalitet och säkerhet, vilket betyder rätt vård på rätt sätt och rätt tidpunkt. Målet med utveckling av patientsäkerhet är att vården inte skall utsätta patienten för skada och att man skall förutsäga riskerna och motverka dem. Ansvaret om patienternas säkerhet hör både till ledningen och till den enskilda vårdaren. Patientsäkerheten kan indelas i tre områden:

- vårdmetodernas säkerhet
- säkra läkemedel
- säker medicinsk apparatur

(IHV 2012)

3.1.1 Farosituationer

Farosituationer inom vården delas in i nära ögat- och skadesituationer. I nära ögat- situationer märker man felet i tid innan det skadar patienten, medan i skadesituationer hinner felet hända och eventuell skada uppstå för patienten. Varje vårdare och varje vårdenhets skall vara medvetna om farosituationerna som skett, för att man skall kunna lära sig av dem, och för att det skall kunna uppkomma nya handlingsmodeller. Till patientsäkerhet hör att försöka motverka farosituationer. (IHV 2012)

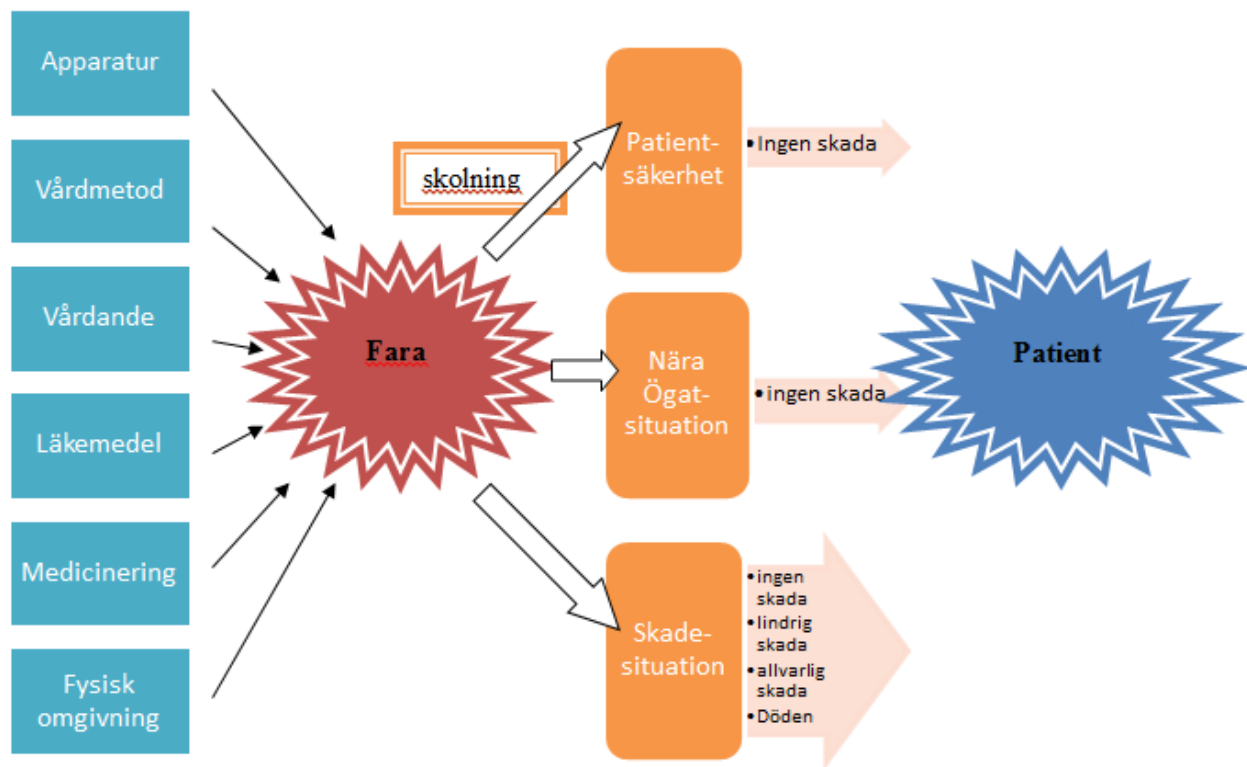
Med skadesituation menas att patienten råkat ut för skada, misstag eller läkemedelsfel. Skadesituationer kostar Finland över en miljard euro per år. Det skall på alla vårdenheter finnas en modell för hur man går till väga efter en farosituation. Även stöd till den vårdpersonal som varit inblandad skall inte glömmas. När man rapporterar om en farosituation är det viktigt att utreda varför det hände, och vilka faktorer som ledde till eller påverkade händelsen. De vanligaste skadesituationer är enligt IHV: infektion, fel diagnos, läkemedelsfel, kirurgiskt fel, icke-funkande apparatur eller mänskligt fel. (IHV 2012)

Trots att målet inom hälsovården är att främja patienternas hälsa, råkar var tionde patient ut för en skadesituation. 7-10 procent av akut sjuka patienter lider av läkemedelsavvikelse. Skadesituationerna leder till längre vårdperioder, nya ingrepp, skadade patienter, högre kostnader och i värsta fall till döden. (Helovuoto et al. 2012: 18-19)

3.1.2 Läkemedelsavvikelser

Läkemedelsavvikelse definieras som en sådan händelse inom medicineringprocessen som kan orsaka skada för patienten. Det kan till exempel bero på att man gör något avvikande eller man lämnar något ogjort. Som det enklaste exempel kan man nämna att vårdaren delar ut ett fel läkemedel åt patienten eller glömmer att dela ut mediciner på en viss tidpunkt. Ordet fel används ofta när man pratar om läkemedelsavvikelser, men enligt Stakes (2007) är ordet läkemedelsavvikelse det man rekommenderar. (Stakes 2007)

Kunniga yrkesmänniskor och ett välfungerande hälsovårdssystem kan förutsäga farosituationer. Det används flera olika handlingsmodeller för att en farosituation inte skall bli en skadesituation för patienten. Efter att en faro- eller skadesituation skett, skall de alltid rapporteras och behandlas så att samma situation inte upprepar sig (till exempel genom HaiPro-programmet). En farosituation kan uppstå på grund av apparatur, vårdmetod, enskild vårdåtgärd, läkemedel, enskild läkemedelsdos eller den fysiska omgivningen. (IHV 2012)



Figur 1. Beskrivning av vad leder till farosituationer och hur dessa kan påverka patienten.

När man ser på avvikelser inom vården skall man inte bara se på de enskilda handlingarna, utan på de stora helheterna, handlingskulturen och organisationens uppbyggnad. För att kunna förbättra patientsäkerheten måste man försöka förstå och känna igen riskerna och försöka förebygga dem. Med att beskylla en enskild individ, blir det svårare att se hela helheten och vilka saker som lett till avvikelserna. Oftast är det flera faktorer som påverkar att en avvikelse sker, men att hitta dessa faktorer i tid är utmanande. (Helovuo et al. 2012: 20-21)

3.1.3 Faktorer som påverkar patientsäkerheten

Olika problem i medicineringsprocessen, arbetsmetoder och anvisningar kan leda till att man handlar avvikande och möjligheten till att ett fel uppstår ökar. Dessa kan till exempel vara otydliga anvisningar, stora variationer i arbetsmetoderna eller otillräcklig intro-

duktionsutbildning. Den fysiska omgivningen skall vara säker och kontrolleras jämt. Risker i den fysiska omgivningen kan vara oreda, trängsel, distraktion, bristfällig belysning eller hygien, farliga utrymmen eller dåliga säkerhetsåtgärder. Apparat- och material kan även orsaka skada för patienten eller personalen. Brister i apparaternas funktion eller tillgänglighet, ergonomiska problem, oklara bruksanvisningar och apparatur som inte passar ihop borde åtgärdas direkt. En grundläggande faktor inom vården där fel ofta sker är dokumenteringen och informationsflödet. En klar och entydig information och dokumentering är grunden för en säker vård. (Helovu et al. 2012)

3.2 Säker läkemedelsbehandling

I följande kapitel förklaras ännu de centrala begreppen i förhållande till läkemedelsbehandling. Definitionerna är från Potilas- ja lääketurvallisuussanasto som publicerades år 2006 av Stakes och Utvecklingscentralen för läkemedelsbehandling ROHTO. Avsikten med den var att samla ihop olika begrepp inom patient- och läkemedelssäkerheten och formulera definitionerna så att de skulle gälla i all vård. Den är riktad till dem som jobbar inom hälsovården och är tillgänglig på nätet på ROHTOs hemsida. Den senaste versionen är uppdaterad 2007 och den används i detta arbete. (Stakes 2007)

Säker läkemedelsbehandling delas in till två områden: läkemedelssäkerhet och medicinerings säkerhet. Läkemedelssäkerhet handlar om själva läkemedlet och dess farmakologiska egenskaper. De som jobbar med läkemedel skall veta hur läkemedelsämnet beter sig i kroppen och hur man monitorerar läkemedlets påverkan. Till exempel oväntade biverkningar kan leda till farosituationer. (Stakes 2007)

Medicinerings säkerhet betyder säkerhet i användning av läkemedel. Alla enheter inom sjukvården har sina egna protokoll och råd vilka finns till för att läkemedelsbehandlingen skulle vara så tryggt som möjligt. Dessa finns också för att undvika skador hos patienten. Åtgärder för att kunna förebygga, undvika och korrigera läkemedelsavvikelser är också en del av medicinerings säkerhet. (Stakes 2007)

Ovannämnda protokoll och råd är olika i varje enhet inom sjukvården. Vårdenheter får själva formulera dessa men de baserar sig på Social- och hälsovårdsministeriets handbok ”Säker läkemedelsbehandling”. (Social- och hälsovårdsministeriet, SHM 2006)

4 KOPPLING TILL TIDIGARE FORSKNING

Vi har valt att ta upp forskningar och en artikel om läkemedelsfel. Forskningarna behandlar ämnen som sjukskötarens roll och attityder, den mänskliga faktorn, hurdana fel och vad som kan leda till läkemedelsfel. Forskningarna är gjorda i Malta, Singapore, Oslo, Storbritannien, Kina och Egypten år 2000-2010. Vi hittade forskningarna i databaser med olika sökord om läkemedelsfel.

Syftet med Petrovas (2010) studie var att undersöka sjukskötares uppfattningar om läkemedelsfel. Speciellt undersöktes hurdana faktorer som leder till läkemedelsfel; vad finns som hinder till rapporteringen av felen och varför sjukvårdspersonal inte rapporterar alla fel. Även vilka förebyggande åtgärder mot läkemedelsfel undersöktes.

Undersökningen gjordes av Malta Institute of Health Care och University, och publicerades i tidsskriften Nursing Standard. Tiden för undersökningen var åren 2004-2005. 43 sjukskötare från åtta olika avdelningar på ett statligt sjukhus deltog i undersökningen. Minimikravet för arbetserfarenhet var ett år och undersökningen gjordes med frågeformulär. 38 sjukskötare svarade på enkäten, så svarsprocenten blev 88 %.

Resultatet var att mest fel skedde på grund av att läkarnas handstil var otydlig vilket ledde till feltolkning, sjukskötarens trötthet, eller avbrott under administreringen. Nivån på sjukskötarens utbildning hade ingen betydelse för läkemedelsfelen. Bristfällig kommunikation mellan personalen ansågs vara ett stort problem. Skötarna ansåg även att bristfällig mängd personal på avdelningen spelade en stor roll. Sjukskötarna ansåg att deras bristande kunskaper om läkemedel kunde ge upphov till läkemedelsfel. Den vanligaste orsaken till att sjukskötarna inte rapporterade om fel var rädslan för att de skulle skuldbeläggas och att man hade ett dåligt administrativt system för rapporteringen. En viktig orsak till att läkemedelsfel inte rapporterades var att sjukhuset alltid beskyllde den enskilde sjukskötaren, och inte såg helheten. Oklarheter fanns också i vad som räk-

nas som ett läkemedelsfel och vad som inte räknas: fanns det oklarheter så skedde ingen rapportering. Som förebyggande åtgärder ansåg man att det var bra att två personer alltid kontrollerade läkemedlet. Bytet från manuell till elektronisk dokumentering ansågs minska felen, men mest hjälp hade skötarna av dem fem R:en (rätt patient, rätt läkemedel, rätt sätt, rätt dos och rätt tid).

Enligt forskningen skulle införandet av en sjukhuspolitik och utveckling av strukturerade protokoll om läkemedelsadministrering minska på läkemedelsfelen. Sjukhuset borde mera ta upp betydelsen av rapporteringen och införa ett mera opersonligt närmande till felen och inte skuldsätta en enskild individ. Andra förebyggande strategier kunde vara mera personal, en lugn miljö vid administrering av läkemedel och mera utbildning åt personalen.

Choo (2010) gjorde en litteraturstudie av läkemedelsfel och analys av elektroniskt rapporterade fel. Undersökning publicerades i Journal of Nursing Management och gjordes i Singapore. Syftet med studien var att undersöka sjukskötarens roll i säker läkemedelsvård och att försöka identifiera problemen i säker läkemedelsbehandling i det praktiska arbetslivet. Det har kommit fram att en sjukhuspatient råkar ut för ungefär ett läkemedelsfel per dag, så man vill försöka minska dessa fel och minska på de stora kostnaderna läkemedelsfel orsakar.

Resultatet visade att kommunikation är avgörande för att minska fel, och tekniska kunskaper i dataprogram är även viktigt. Sjukskötare borde få påverka när datorsystem för läkemedelsdokumentering görs för att få ett smidigt och fungerande system. Mera säkerhetsåtgärder borde utvecklas inom medicineringen. De flesta sjukskötarna var utbildade att använda de 5 R:en (rätt patient, rätt läkemedel, rätt sätt, rätt dos, rätt tid), men möjligheterna att få göra det i lugn och ro lyckades ofta inte. Mänskliga faktorer hade även en stor betydelse, de berodde på sjukskötarnas förmåga, attityder, stresstålighet och liten erfarenhet av administrerande av läkemedel. Läkemedelsfel beror oftast inte på ett stort fel, utan på flera små fel i följd. Dåliga arbetsförhållanden ledde också till mera läkemedelsfel, så som dålig belysning, dålig kommunikation och avbrott. Sjukskötarna ansåg att de mest betydelsefulla faktorerna som ledde till läkemedelsfel var trötthet, tidsbrist, avbrott och utmattning. Faktorer som teamarbete och ledarskap ansågs vara

viktiga med tanke på läkemedelsfel, för ju mindre teamarbete och ledarskap det fanns, desto mera fel begicks. En faktor som även påverkade och som ofta glömdes var själva patienten: om patienten inte berättat allt eller berättade fel, eller om skötaren inte kände till laboratoriesvaren. De flesta av dessa problem i patientfaktorn kunde minskas med det elektroniska patientrapporteringssystemet.

Sjukskötarna har alltså en stor och viktig roll för säker läkemedelsbehandling. Om omständigheterna och miljön inte är i skick, hjälper det inte hur utbildade och bra sjukskötarna är.

Armitage et al. (2007) skriver i sin forskning om hur det elektroniska rapporteringssystemet fungerar på ett sjukhus i Storbritannien. Forskningen publicerades i tidskriften *Clinical Governance: An International Journal*. Syftet med den var att utforska hur rapporteringssystemet för läkemedelsfel fungerar genom att samla ihop rapporterade läkemedelsavvikelser. Läkemedelsfel och nära ögat-situationer kan vara till stor nytta om man rapporterar och går igenom dem noggrant. Genom att forska i hurdana fel som sker på olika avdelningar kan man lära sig mycket och få bra material till utbildningstillfällen.

Rapporter (1253 st) som togs med var publicerade från år 1999 till 2003. Forskarna tog med 50 % av alla rapporter som var kategoriserade som läkemedelsavvikelser. De var analyserade med ett speciellt dataprogram för att man skulle få fram vilka starka och svaga sidor som finns i rapporteringen. Fri text-fälten i rapporterna var analyserade genom innehållsanalys.

Resultatet var att vissa rapporter var skrivna så att man tydligt fick veta vad som hade lett till felet till exempel administrationen, ordinationen osv. De flesta läkemedelsavvikelserrapporter var rapporterade av kirurgiska enheter, och det minsta antalet inom åldringsvården. Resultatet visade att orsaken till läkemedelsavvikelser är oftast sjukskötarens kompetens. Detta kan bero på till exempel att vårdaren inte känner till läkemedelsämnen, har fått bristfällig utbildning eller inte kan använda dataprogram på rätt sätt. Rapporteringssystemet kunde utvecklas för att vara mera detaljerat och enklare att fylla i.

Luk et al. (2008) gjorde en undersökning om hur man hanterar läkemedelsavvikelser med personalen och denna forskning publicerades i Journal of Nursing Ethics. Syftet med forskningen var att genom djupintervjuer kartlägga vårdarnas åsikter om läkemedelsavvikelser som sker. Man observerade också deras sätt att hantera läkemedelsavvikelser då de uppstår. Med forskningen ville man få mera information om det etiska handlingssättet för läkemedelsavvikelser. Avsikten med forskningen var att forska patientsäkerhet som hela tiden får en större roll i vården.

Forskningen är kvalitativ och sju sjukskötare intervjuades. Svaren transkriberades och analyserades genom att använda innehållsanalys som kategoriserar och tolkar svaren till en mera allmän form.

Resultatet visade att alla vårdare visste och erkände att fel uppstår men att man inte berättade om dem åt patienterna. Tre större teman kom fram om varför man inte alltid berättar åt patienten eller de anhöriga. Den största orsaken var att patienten inte fick någon skada av felet. I sådana fall tänkte vårdarna att patientens sjukdomstillstånd skulle förvärras om de fick veta om fel läkemedel.

Andra två stora orsaker var att vårdarna ville gömma felet eller att de inte var medvetna om avvikelser som sker i vården. I forskningen beaktades inte ”kraftiga” läkemedel, till exempel sådana som används i vården av kardiologiska sjukdomar. Då man gick igenom felen med närmaste förmannen fick sjukskötarna sådana känslor som pålitlighet och förståelse. De upplevde förståelse från förmannens sida då utredningen av avvikelser var på gång samt då de rapporterade avvikelser vidare.

Gabr et al. (2010) forskade orsaker som hade leder till läkemedelsavvikelser. Syftet var att kartlägga sjuksköternas tankar om läkemedelsavvikelser och vad som leder till dem. Forskarna ville få fram idéer om hur sjuksköterna kan göra medicineringsprocessen säkrare och på det här sättet förbättra patientsäkerhet. Medicineringsprocessen är en stor del av den vård som patienten får på en intensivvårdsavdelning. Med så felfri medicineringsprocess som möjligt kan man förbättra kvaliteten på vården.

Forskningen var gjord på en intensivvårdsavdelning som fokuserade på kirurgiska patienter. Alla sjukskötare med minst ett års erfarenhet inom branschen blev observerade. Forskarna observerade också alla patienter på avdelningen som fick någon läkemedelsvård under forskningens gång.

Resultatet visade att medicineringsprocessen (ordinationen, administrationen, doseringen osv.) i allmänhet var bristfällig. Det är omöjligt att nämna en faktor som skulle orsaka felen. Ett skede där läkemedelsavvikelser förekommer oftare är då sjukskötaren ska förbereda eller administrera mediciner ensam. Här framkommer hur viktigt samarbetet mellan olika yrkesgrupper är. Avvikelser sker också då ordinationen är bristfällig: handstilen otydlig, ordineringsen sker per telefon eller muntligt.

Sundströms (2000) artikel handlar om misstag inom vården, om hur personal vet om dem, men ingen vågar tala samt också om skam, rädsla och förtroende kopplat till medicinska fel. Artikel publicerades i Läkartidningen. Sundström är medicinsk professor vid Oslo universitet. Artikeln beskriver Sundströms åsikter på en undersökning publicerad i British Medical Journal.

Sundström anser att vi borde komma bort från att beskylla enskilda läkare och sjukskötare för fel då felen gäller hela sjukvårdsorganisationen. Vi borde avbryta den negativa kulturen kring medicinska misstag. Med dålig och negativ kultur menar han skammen, tystnaden, rädslan och beskyllandet kring medicinska fel. Den dåliga kulturen hindrar snabba, konstruktiva och effektiva motåtgärder att komma igång tillräckligt snabbt. Det är på ledningens ansvar att förebygga läkemedelsfel; ledarna inom sjukvården borde ta sitt ansvar och få arbetarna med på att förebygga medicinska fel. Förebyggandet måste komma uppifrån i hierarkin och ledningen måste motivera arbetarna till att använda reformerna.

Sundström anser att medicinska fel kan förebyggas genom att man har utvilade skötare och läkare, organiserad vård och kontroll över vad man gör och med vem. Uttrycket ”det är mänskligt att fela” gäller både i privatlivet och i arbetslivet. Trots att man är hur bra utbildad som helst, sker ändå fel. Kulturen om att skämmas och försöka dölja felen borde bytas ut mot erkännande, analysering och förebyggande. Behandla en kollega

som gjort ett fel av misstag så som du själv i samma situation skulle vilja bli behandlad. För organisationen och de med ledaransvar gäller det att erkänna problemet, och genom undersökning förebygga fel. Sundström framhäver att man måste tala högt om läkemedelsfel, för vår plikt som sjukvårdspersonal är att inte skada. Talas det inte om medicinska fel förlorar alla på det i längden.

5 SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNING

Syftet med detta arbete är att undersöka läkemedelsavvikelser på en kirurgisk bäddavdelning på ett universitetssjukhus. Initiativet till forskningen kom från själva avdelningen. Avsiktet med forskningen är att kartlägga den vanligaste typen av läkemedelsavvikelser som sker på avdelningen genom att gå igenom HaiPro-anmälningar från åren 2011 och 2012.

Fyra sjukskötare som jobbar på avdelningen intervjuas. Intervjuteman fokuserar på personalens åsikter och förbättringsidéer om läkemedelsavvikelser. Med denna information kan man i framtiden utveckla medicineringsprocessen och minska på felen i läkemedelsvården. Färre fel i läkemedelsvård leder till bättre patientsäkerhet. (Kinnunen et al. 2009)

Forskningsfrågor:

1. Vilken är den vanligaste läkemedelsavvikelsen på avdelningen?
2. Hurdan uppfattning har sjukskötare om läkemedelsavvikelser som sker på avdelningen?
3. Vilka faktorer påverkar och i hurdana situationer förekommer dessa fel?
4. Har vårdarna en realistisk uppfattning i förhållandet till HaiPro-materialet om vad som leder till läkemedelsavvikelser?

6 METOD

I vårt examensarbete används både kvalitativa och kvantitativa forskningsmetoder. I detta kapitel beskrivs dessa metoder noggrannare och hur vi använder dem i vårt arbete.

6.1 Kvantitativ forskning

I kvantitativ forskning används ofta statistiska metoder. Forskaren samlar empiriska observationer dvs. information som fås genom erfarenheter. Genom att studera och analysera dessa försöker forskaren förstå fenomen, och göra generaliseringar om ämnet. Den grundläggande idén bakom en kvantitativ studie är att bevisa en viss förinställd hypotes rätt eller fel. Dessa hypoteser bildas i allmänhet på basis av en kvalitativ studie. (Aaltola & Valli 2010)

6.1.1 Genomgång av HaiPro-anmälningar

Syftet med kartläggningen av HaiPro-anmälningarna är att ta reda på hurudana läkemedelsavvikelse förekommer mest. Olika typer av avvikelser som skulle tas i beaktande är på förhand bestämda för att kunna begränsa mängden av informationen. Faktorer som vi fokuserar på i granskningen är veckodag, klockslag, läkemedel, administreringssätt, dos, kommunikation dvs. dokumentering eller ordinationen, och mängden patienter på avdelningen (dvs. brådska).

Vi går systematisk igenom alla HaiPro-anmälningar från åren 2011-2012 som är kategoriserade som läkemedelsavvikelser och skriver upp den informationen som kommer fram i anmälningar av dessa faktorer.

6.2 Kvalitativ forskning

Kvalitativ forskning syftar till att förstå den undersökta frågan. Avsikten är att förklara forskningsfrågor, dess syfte och försöka få en djupare förståelse för ämnet. Typiska datainsamlingsmetoder är intervjuer och observationer. Materialet som samlas ihop baserar sig på informanternas perspektiv, erfarenheter och idéer och forskaren skall bekanta sig med dessa och annat information som finns om ämnet för att kunna analysera materialet. (Aaltola & Valli 2010, Bryman 2004)

I en kvalitativa undersökning är informanterna ofta noggrant valda, lämpliga personer för just den forskningen, medan det i den statistiska studien kan användas slumpmässigt

valda informanter. Kvalitativ forskning grundar sig på materialet, teman som väljs i början kan ändra under forskningsprocessen, alltså man fokuserar på frågorna som kommer upp under processen och som känns viktiga. I analyseringen av kvalitativ data är det typiskt att försöka dra slutsatser från faktorer som kommer upp under processen. (Bryman 2004)

6.2.1 Temaintervju och innehållsanalys

I undersökningen används temaintervju. I temaintervjuerna finns det på förhand bestämda teman som tas upp under intervjun men inga färdiga frågor. Syftet med temaintervju är att diskussionen mellan intervjuaren och informanten kan vara varierande. I en temaintervju fokuserar man på att få erfarenheter och åsikter som svar i stället för exakt data. (Tuomi & Saarijärvi 2009)

I detta arbete används fyra sjukskötare som informanter. Avdelningsskötaren väljer sådana vårdare till intervjuerna som har jobbat på avdelningen i minst två år och har utövat läkemedelsvård under den här tiden. Informanterna får foljebrevet på förhand och efter att de fått information om arbetet skall de bestämma sig vill de delta i intervjuerna eller inte.

Varje intervju sker med två intervjuare och diskussionen bandas och anteckningar görs. Teman som diskuteras är på förhand bestämda och informanterna får dem på förhand för att kunna fundera på dem. Teman för intervjuerna finns som bilaga.

En innehållsanalys görs av svaren från intervjuerna vilket betyder att innehållet tolkas och det som vi anser vara det viktigaste lyftas fram. Bandade diskussioner skrivs ner från ord till ord och ska läsas igenom flera gånger för att få en helhetsbild av svaren. Sådana meningar som innehåller viktig information utgående från teman plockas ut från texten och en sammanfattning formuleras enligt intervjuteman. (Aaltola & Valli 2010)

Dessa teman innehåller den centrala informationen som vi vill ta upp i resultatet. Den tredje delen av arbetet går ut på att vi sammanställer resultaten från de båda delarna och efter det jämförs resultaten. Med jämförelsen får vi fram ifall sjuksköternas tankar

och kunskap om läkemedelsavvikelserna motsvarar resultatet från HaiPro-anmälningarna eller inte.

7 DESIGN – ARBETSPROCESSEN

Hela vår arbetsprocess har framskridit med varierande fart. Vissa delar har gått relativt snabbt, medan andra tagit lång tid. De delar som tagit mest tid har varit beroende av utomstående faktorer. I detta stycke förklarar vi vår arbetsprocess.



Figur 2. Vår arbetsprocess.

Det första skedet i examenarbetsprocessen var att bestämma om vi vill göra det ensamma eller i par. Vi båda hade klart för oss redan i början att vi inte vill göra det ensamma. Vi valde att göra examensarbetet tillsammans för vi var intresserade av liknande teman, och vi båda behövde nog lite extra motivation av en partner. Som bilaga till detta arbete finns vår arbetsfördelning, dvs. den förklarar vem av oss som har skrivit vad och vilka delar har vi skrivit helt tillsammans.

Efter att vi kommit fram till att vi ville göra arbetet tillsammans, började vi utreda olika möjligheter. Vi kontaktade olika möjliga beställare och tog reda på vad som skulle behöva forskas i. Vi ville inte göra ett arbete som ett självändamål, vi ville att det skulle kunna leda till en förbättring.

När vi fick höra att en avdelning på ett universitetssjukhus i huvudstadsregionen ville utreda sina läkemedelsavvikelser, bestämde vi oss ganska snabbt för att ta det som vårt ämne, för att temat om läkemedelsavvikelser är ett ganska praktiskt och konkret tema. Efter att temat klarnat fortsatte vi med att specificera ämnet noggrannare. Vi diskuterade vad vi egentligen ville ha ut, och vad avdelningen skulle ha nytta av. Planeringen av arbetet gjordes tillsammans med handledaren och avdelningen som forskningen skulle göras på.

Den längsta och knepigaste delen i vårt arbete var processen att få våra forskningslov. Först ansökte vi lov om av Arcadas etiska råd. Efter att vi fått lov från skolans sida att skriva examensarbetet utanför skolans egna projekt kunde vi ansöka lov av HNS. Att få svar på ansökan om forskningslov av HNS tog länge, men efter att det beviljats kunde vi börja med det konkreta arbetet.

När vi fått vårt material genom intervjuer och HaiPro-genomgång, började vi sammanställa resultaten samt tolka och analysera det. Genom den delen kom vi fram till olika förbättringsförslag som avdelningen skulle kunna använda sig av. När hela arbetet var klart presenterade vi det i skolan och för avdelningen som undersökningen gjordes på. När hela examensarbetet var skrivet och presenterat kunde det publiceras.

8 ETISKA REFLEKTIONER

Vi har skrivit vårt examensarbete enligt Arcadas ”God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada”. Dessa riktlinjer fungerar som råd till alla studerande vid Arcada när de skriver uppsatser, undersökningar eller examensarbeten. Alla forskningar, undersökningar eller examensarbeten måste ha en etisk grund som undersökningen baserar sig på. (Arcada) Vi har även använt artikeln ”Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning” av Vetenskapsrådet.

Enligt dessa skall alla forskningar samt examensarbeten basera sig på anonymitet, frivillighet och beaktandet av integritetsskydd. De som gör undersökningen skall berätta till deltagarna att deltagandet är helt frivilligt och man får avbryta deltagandet i undersökningen i vilket skede som helst. I vårt arbete betyder detta att intervjuerna kan avbrytas när som helst om den som är intervjuade vill så. På förhand skall man också berätta till deltagare om själva undersökningen, förklara syftet och metoden. (Arcada)

Vi som skriver arbetet och handledaren är de enda som har tillgång till materialet under processen. Då arbetet är färdigt skall allt råmaterial förstöras. Materialet som insamlas under processen (HaiPro-anmälningar och innehållet av intervjun) skall inte användas till något annat. Detta skall man också förklara åt deltagare innan undersökningen påbörjas.

En viktig del av en etiskt pålitlig undersökning är att ha lov att göra undersökningen. (Arcada) I början av vår arbetsprocess, efter vi hade fått idén till arbetet och formulerat forskningsfrågorna i stora drag, ansökte vi om lov av Arcadas etiska råd att få göra en undersökning utanför skolan. Till "Förkortad plan för examensarbete" formulerade vi våra forskningsfrågor till den slutliga formen samt bestämde metoden för arbetet. Till denna plan skrev vi också hur vi kommer att skriva vårt arbete enligt de allmänna etiska principer som finns för forskningar. Efter planen var godkänd av Arcadas etiska råd kunde vi ansöka om lov av HNS.

All text som inte har någon hänvisning till en källa är våra egna tankar eller åsikter. I slutet av arbetet finns en fullständig lista över källorna som vi har använt och den som läser arbetet kan gå tillbaka till källan.

9 RESULTAT

Här kommer vi att redovisa resultat från både HaiPro-materialet och intervjuerna. Resultaten av HaiPro-anmälningarna kommer att visas som diagram. Av intervjusvaren görs en innehållsanalys och resultaten jämförs i kapitlet *Diskussion*.

9.1 Redovisning av HaiPro-materialet

Från början var det meningen att ta med alla nära ögat- och farosituationer från år 2011. Men eftersom anmälningarna var under 50 stycken, så tog vi med även år 2012. Sammanlagt hade vi med 77 stycken anmälningar. För undersökningen har vi inte skilt mellan nära ögat- och farosituationer.

Vi hade på förhand bestämt vilka typer av avvikelser som skulle tas med till arbetet: veckodag, klockslag, läkemedel, dos, administreringssätt, kommunikation, dvs. ordination eller dokumentering, och mängden patienter på avdelningen. Men då vi gick igenom anmälningarna kom vi fram till att vi måste formulera om vad vi skall beakta, eftersom HaiPro-anmälningarna är kategoriserade på ett annat sätt. De slutliga grupper vi tog med är veckodag, kommunikation, dvs. ordination eller dokumentering, klockslag, administreringssätt, brådska och avvikelse i medicineringsprocessen. Rubrikerna ”antovirhe” och ”jakovirhe” slog vi ihop på grund av att antalet anmälningar var så litet. Båda hör till avvikelser i medicineringsprocessen.

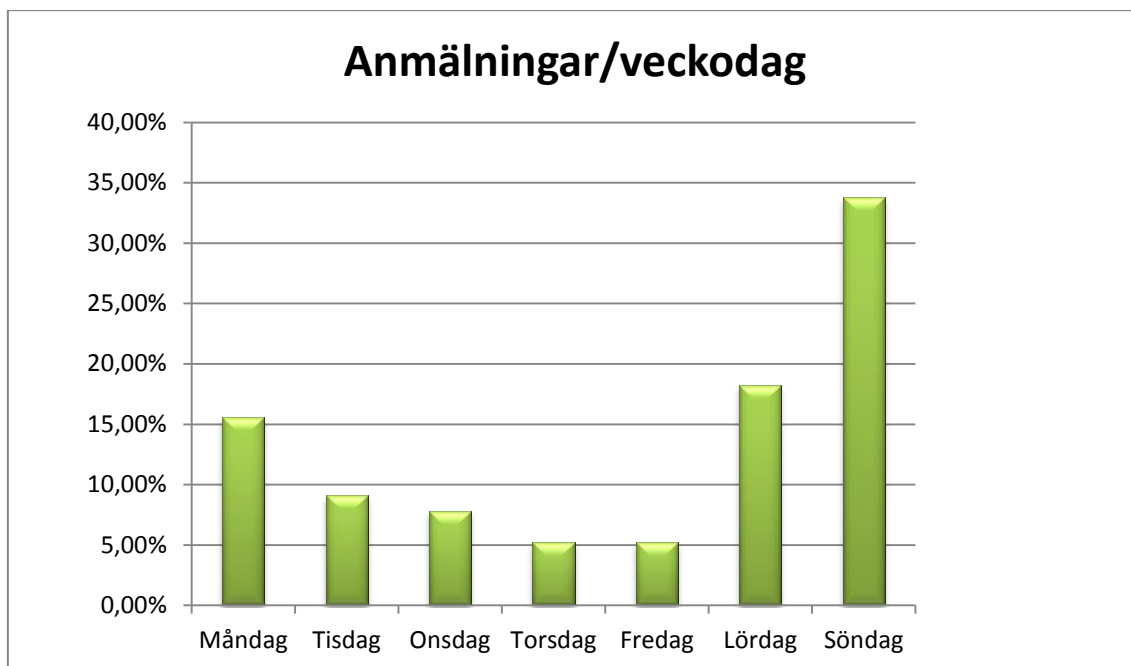


Diagram 1. Antalet HaiPro-anmälningar/veckodag i procent.

I 73 av 77 anmälningar kom det fram den veckodag då själva avvikelserna hade skett. Betydligt större mängder anmälningar var gjorda på måndag, lördag och söndag. Vi lämnade bort fyra stycken anmälningar som var utan datum.

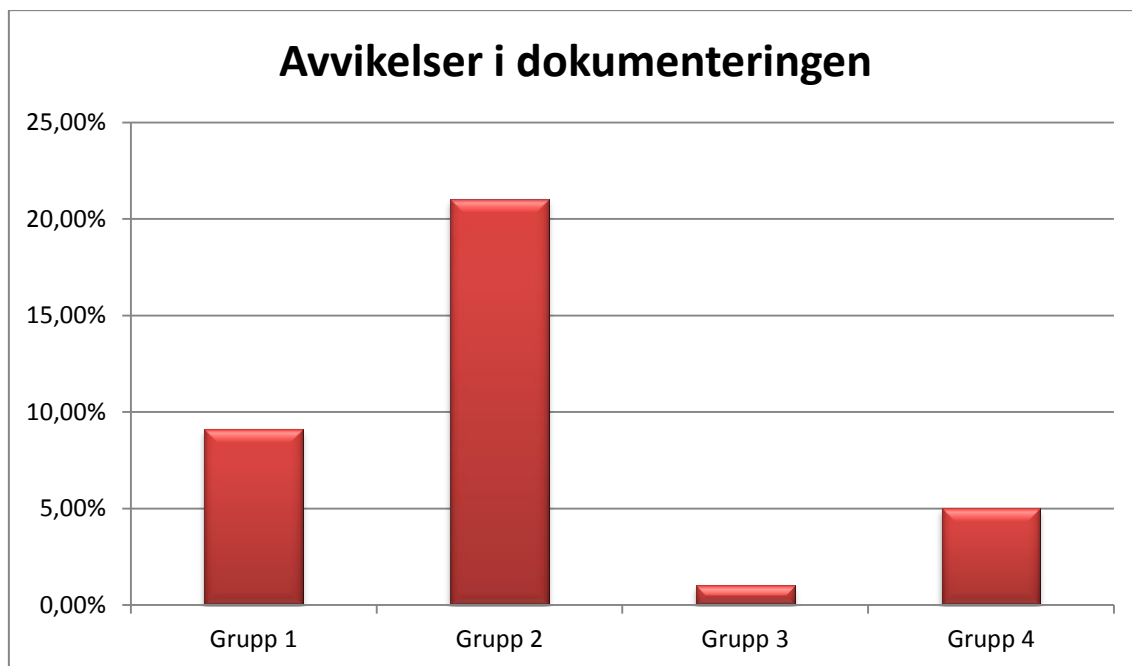


Diagram 2. Antalet anmälningar under rubriken Kommunikation i procent. Förklaring till Grupp 1-Grupp 4 finns nedan.

Av alla 77 stycken anmälningar var 28 stycken (36,4 %) anmälda under rubriken ”kirja-usvirhe”. Vi gick igenom anmälningarna och kom fram till fyra teman som kommer upp och varje anmälning gick under en av dessa. Teman är:

1. Dokumenteringen i elektroniska journalen och pappersjournalen på avdelningen stämmer inte överens med varandra (7 stycken, dvs. 9 %)
2. Dokumenteringen i patientjournaler stämmer huvudtagat inte överens (till exempel läkemedelsordinationen i journalen på avdelningen och i operationssalen stämmer inte överens med varandra) (16 stycken, dvs. 21 %)
3. Läkarens ordination eller själva läkemedlet dokumenterat till fel patient. (1 %)
4. Fel dos dokumenterad i elektronisk patientjournal (dvs. patienten har inte fått läkemedel, dokumenteringen har bara gått fel), fel slutdatum eller ingen dokumentering att läkemedlet är pausat. (4 stycken dvs. 5 %)

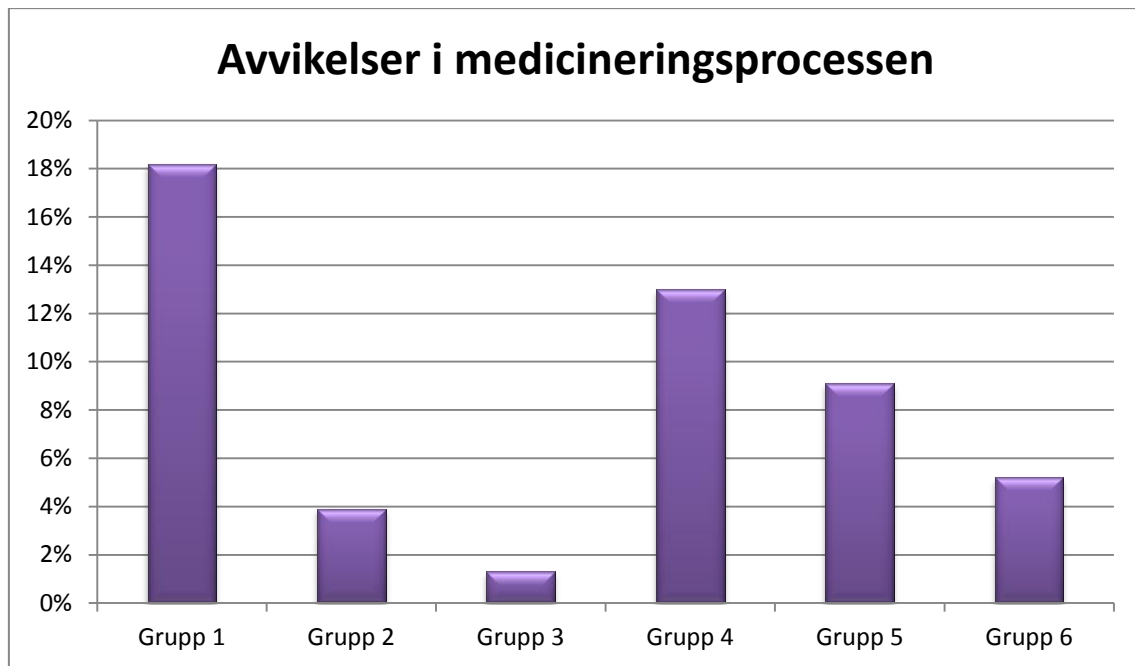


Diagram 3. Avvikelser i medicineringsprocessen i procent.

Med avvikelser i medicineringsprocessen menas sådana avvikelser som sker från att man får den rätta ordinationen från läkaren tills patienten har fått läkemedlet. Allt som allt finns det 39 stycken anmälningar som hör till denna rubrik och vi kom fram till 6 olika grupper av avvikelser:

1. För stor dos till patienten (14 stycken dvs. 18 %)
2. För liten dos till patienten (3 stycken dvs. 4 %)
3. Fel tidpunkt (1 stycke, dvs. 1 %)
4. Patienten fick inget läkemedel trots att ordinationen fanns (10 stycken, dvs. 13 %)
5. Fel patient (7 stycken, dvs. 9 %)
6. Fel läkemedel (4 stycken, dvs. 5 %)

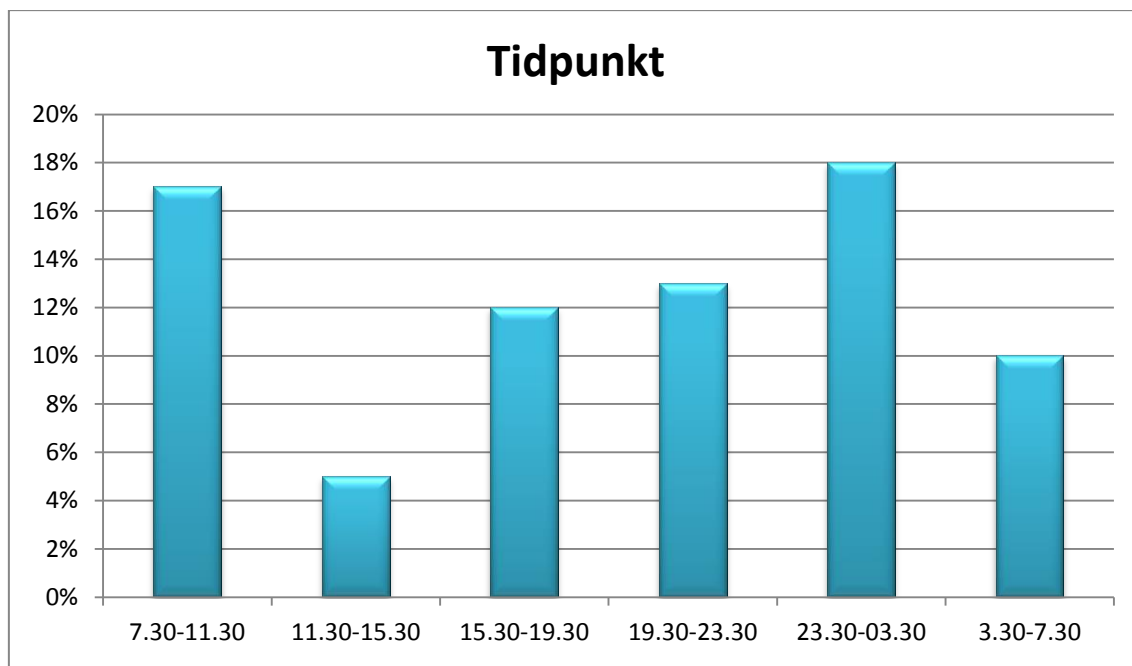


Diagram 4. Tidpunkten när mest avvikelser har rapporterats.

Anmälningarna var gjorda dygnet runt, och för att få en bättre helhetsbild räknade vi avvikelserna i fyra timmars intervaller. Utan tidpunkt var 19 stycken av 77 anmälningar.

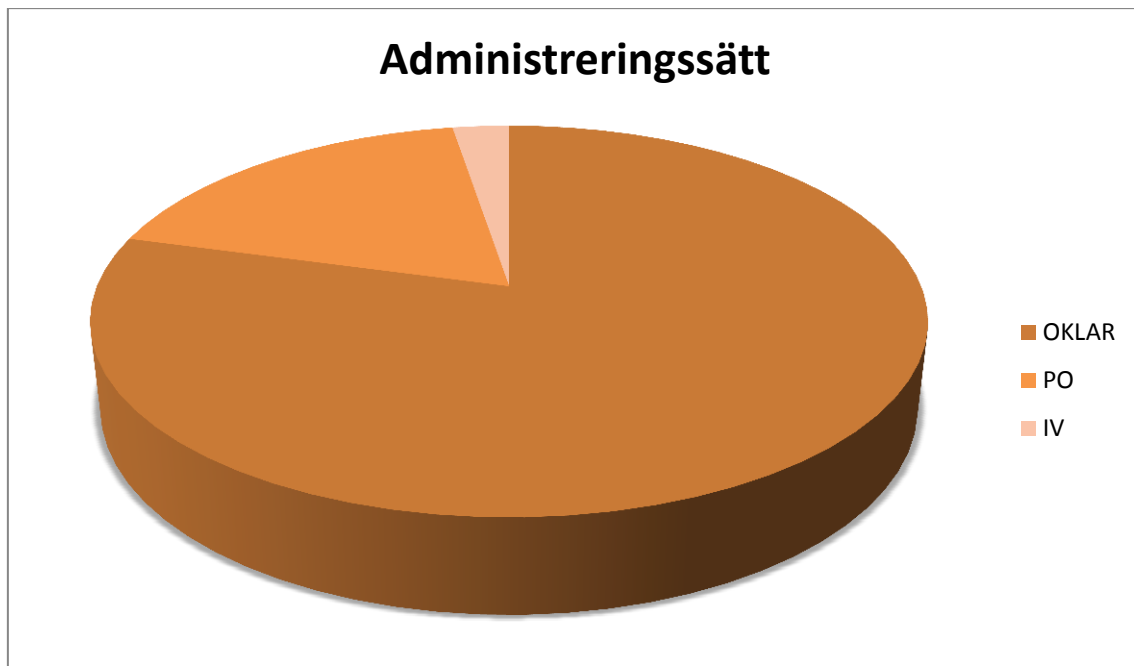


Diagram 5. Administreringssätt.

I 16 stycken av 77 anmälningar fick man information om fel administreringssätt. Av dessa 16 stycken var 2 stycken doserade intravenöst och resten 14 stycken per os.

Den sista saken vi ville få ut av HaiPro-anmälningarna var om mängden patienter på avdelningen påverkade läkemedelsavvikelser. I 5 stycken av 77 anmälningar hade anmälaren skrivit att det var bråttom då avvikelserna skedde.

9.2 Redovisning av intervjuerna

I följande stycke går vi igenom intervjuerna ett tema i taget. Vi lyfter fram sådana saker som majoriteten av de intervjuade hade liknande åsikter om. Vi ger även exempel på några betydelsefulla citat. Citaten är översatt till svenska och skrivna på finska från ord till ord i parentes. Deltagarna i intervjun har arbetat på avdelningen mellan 1 och 35 år. Alla är sjukskötare.

I det sista intervjutemat tog vi även upp hurudana förbättringsförslag personalen hade för att minska på läkemedelsavvikelser på avdelningen. Vi presenterar resultatet som skilda stycken för att det skall vara tydligare för läsaren.

9.2.1 Förekomsten av läkemedelsavvikelser

Det första temat vi diskuterade under intervjun var förekomsten av läkemedelsfel på avdelningen: hur ofta man tror att det sker fel, hurdana fel och vad som påverkar till avvikelser. Av de intervjuade sjukskötarna ansåg 3 st av 4 att det sker läkemedelsfel åtminstone en gång i veckan. De vanligaste typerna av fel som sker ansågs vara att papprena och det elektroniska materialet inte stämmer överens och att läkarens ordination inte hade gått fram. 4 st av 4 tyckte att bytet till det elektroniska dokumenteringssystemet hade gjort det värre i de två vanligaste avvikelserna. 3 st av 4 intervjuade ansåg att brådskan ökar läkemedelsavvikelser om en skötare har för mycket att göra ökar felen. Alla intervjuade var av samma åsikt att det inte är någon skillnad mellan tidpunkt eller dag när avvikelser sker mest. 3 st av 4 hade fått den bilden att de flesta läkemedelsavvikelser sker med olika antibiotika.

9.2.2 HaiPro-programmet

Vårt andra tema var HaiPro-programmet; hurdan utbildning man har i programmet och dess användning. Ingen av de intervjuade hade varit på någon utbildning för HaiPro. Ingen visste om det ens finns någon skild utbildning för HaiPro över huvudtaget. Alla intervjuade antog att HaiPro-programmet hör till introduktionsutbildningen. Men om man redan fanns i huset då programmet kom, fick man ingen utbildning. Alla berättade att det i praktiken går till så att vårdarna visar varandra hur programmet fungerar under arbetsdagen om det fanns tid.

”Det har kommit så mycket nya saker på datorn, HaiPro gicks nog igenom, men jag kommer inte ihåg hur. Men så att man kan göra en anmälning.”

(”Niitä on tullut niin paljon kaikkia uusia juttuja tonne koneelle, HaiProa käytiin jollain tavalla läpi, mutten todellakaan muista miten. Mut silleen et sen osaa tehdä.”)

”Det fanns nog då när det kom, vad jag kommer ihåg så fanns det någon slags utbildning. Jag kommer inte ihåg om det fanns en egentlig utbildning, men någon har kanske varit på någon utbildning och visat andra.”

(”On siihen sillon kun se on tullu, mun muistaakseni siihen on jonkilainen koulutus. En muista onko ollut varsinainen koulutus, mutta ainaki joku on ehkä käyny jossain koulutuksessa ja näyttäny muille.”)

9.2.3 Kommunikation

Det tredje temat vi tog upp till diskussion var kommunikation. Här diskuterades om läkemedelsavvikelser på avdelningen, och om man kan prata om sina egna fel. Sjuksköternarna berättade att det pratas på avdelningen om läkemedelsavvikelser både vid gemensamma tillfällen och sinsemellan i till exempel kafferummet. Alla var av den åsikten att man kan prata om sina fel på avdelningen. Vi tog även upp frågan över om det berättas åt patienten och anhöriga då ett fel skett. I allmänhet berättas det åt patienterna om ett fel har skett, men inte om nära ögat-situationer. Åt anhöriga berättas inte, förutom om den anhöriga är patientens vårdnadshavare, eller sköter mycket om patientens ärenden.

”Säkert finns det sådana tillfällen då felena gömms undan, men vi strävar efter att man inte skall behöva gömma sådana saker. Eller om man inte vill berätta åt alla så gör man en HaiPro-anmälning och pratar ut det på det sättet så det inte stör senare.”

(”Kyllä varmasti on toki sellasiakin tilanteita että virheitä voi salatakin, mut kyl me pyritään siihen että se ei ois sellanen asia mitä pitäis salata. Tai jos ei halua kaikille julistaa niin sit just tekee sen Haipron ja ja puhuu sen sillä tavalla pois ettei jää vaivamaan.”)

”Det här är nu bara en sådan känsla, men säkert finns det tillfällen då allting inte berättas. Vi strävar efter öppenhet, men ibland kan läget vara sådant att vi anser att patienten inte gynnas att av han/hon får veta. I huvudsak berättas det.”

(”Tää on nyt vähän sellanen mutu-tuntuma, mut varmasti on sellasia tilanteita, et ei kaikkia välttämättä kerrota. Pyritään siihen avoimuuteen, mutta voi olla että tilanne on potilaan kohdalla sellainen et arvioidaan, et onks siit enemmän haittaa vai hyötyä että kerrotaan. Pääsääntöisesti kerrotaan.”)

9.2.4 Åtgärder mot läkemedelsavvikelser

Det sista temat som togs upp handlade om åtgärder mot läkemedelsavvikelser. Om det fanns rutiner eller utbildning mot avvikelser i medicineringsprocessen. Alla intervjuade tog upp läkemedels-checken som görs på veckosluten, där man ser om det elektroniska materialet stämmer överens med pappersversionerna av ordinationer. På avdelningen delar en farmaceut ut medicinerna på brickan på vardagarna. Men sjukskötarna betonade att vårdaren själv måste granska läkemedlet innan det ges åt patienten. De intervjuade hade flera olika personliga rutiner mot läkemedelsavvikelser: om man blev osäker med läkemedlet eller ordinationen skulle man alltid kontrollera med en läkare, räkna att antalet tabletter stämmer, kontrollera patientens namn, fråga om medicineringen i samband med rapporten, och om det handlade om insulin skall man fråga patienten vad den brukar få. Utbildning om läkemedelsbehandling finns inte på avdelningen, men eventuellt inom HNS. Alla tyckte det var oklart vilken utbildning som finns att få. Alla de intervjuade var av samma åsikt att mera utbildning skulle behövas. Farmaceuten ansågs vara en viktig och bra del i läkemedelsbehandlingen.

”Utbudet av läkemedel är ju nog stort, när det finns parallella läkemedel. Så säkert borde man studera mera och det borde finnas mera utbildning.”

(”Onhan toi hirvee toi lääkkeiden kirjo tavallaan, kun on rinnakkaislääkkeitä. Et kyll varmaan pitäis enemmän opiskella ja olla enemmän koulutusta.”)

”Det är det här med tid, att man skulle få i lugn och ro dela ut medicinerna, ostört enda till patienten. Att man inte skulle behöva göra annat samtidigt.”

(”Se on se aika, että saisi rauhassa tehdä sen lääkkeenjaon, keskeytymättä myöskin sinne potilaalle asti. Ettei tarvitsisi tehdä muuta siinä lääkkeen jaon keskellä.”)

”Här är ju utrymmena ganska dåliga och läkemedelsrummet är hemskt och helt för trångt.”

(”No täällä ainaki nää tilat on aika surkeet ja toi lääkehuone on hirveä ja ihan liian ahdas.”)

”Vi har det väldigt oroligt just vid kansliet, där var läkemedlena finns. Hemskt ställe det där.”

(”Meillähän on hirvittävän levotonta juuri tuossa kansliassa, jonka yhteydessä lääkkeet on. Kamala härdelli paikka se”)

”Läkemedelsprogrammen borde inte vara så idiotiska. Datorprogrammen är jätte stela. En dags utbildning till programmen. Det kunde ha varit en noggrannare introduktion.”

(”Ettei olis noi lääkeohjelmat niin idiootteja. Noi tietokoneohjelmat on tosi kankeita. Yhden päivän koulutus ohjelmiin. Olis voinu olla tarkempi perehdytys.”)

”Mera utbildning absolut. Och så att människorna skulle ha tid att göra sitt arbete, och inte som normalt tio saker samtidigt. Det har ju på det sättet blivit bättre att det inte blir oklarheter med handstilen eller styrckor. Man kan noggrannare reda ut oklarheter, inte en massa lappar.” (om elektroniska dokumenteringen)

(”Enemmän koulutusta ehdottomasti. Ja niin että ihmisillä olis aikaa tehdä sen työn, eikä kymmentä asiaa kerralla niinku normaalisti. Et toi nyt on siinä mieles parantunu toi, ettei tuu epäselvyyksiä käsialan tai vahvuuksien kanssa. Tarkemmin pystyy selvittään, ettei kaikenlaisia lappuja.”(sähköinen kirjaaminen))

”Det att farmaceuten har kommit till avdelningen har hjälpt mycket. Det har man märkt i det egna arbetet. Så hoppas att det absolut inte tas bort. Det är viktigt för patientsäkerhetens skull.”

(”No toi farmaseutin tulo osastolle on auttanu huomattavan paljon. Sen on huomannu omassa työssään että siitä on paljon apua. Että toivottavasti ei missään nimessä oteta pois. Se on ihan potilasturvallisuuden kannalta tosi tärkeä.”)

9.2.5 Förbättringsförslag

Enligt sjukskötarna i intervjun borde alla sjukhus ha likadana elektroniska program. Det stökar till det och gör saker svårare då ordinationer och patientjournaler överförs från program till program. Även klarare program skulle behövas. Rummet för läkemedelsutdelning på avdelningen ansågs vara dåligt: för trångt, för högt ljud och för mycket trafik i rummet. Man borde få dela ut mediciner i lugn och ro: ha mera tid och inte behöva göra flera saker samtidigt. Antalet patienter per vårdare ansågs vara för stor. Lösningen till detta skulle vara mera personal, eller färre patienter i förhållandet till mängden vårdare. De intervjuade sjukskötarna ville ha bättre utbildning i HaiPro-programmet, men också mera utbildning om läkemedelsbehandling. Utbildning i läkemedelsbehandling skulle innehålla mera utbildning om läkemedelsgrupper, nya läkemedel och helt enkelt repetition om dessa saker.

10 DISKUSSION

Under arbetsprocessen har vi kommit fram till att våra forskningsfrågor var relativt svåra att besvara. Alla forskningsfrågorna har blivit behandlade och besvarade, men inte på ett sådant ”enkelt” sätt som vi kanske tänkte i början att man kunde svara till dem. Till exempel till vår första fråga ”Vilken är den vanligaste läkemedelsavvikelsen på avdelningen?” tänkte vi att svaret skulle vara ensidigt och frågan kunde besvaras med ett ord men så gick det inte. Svaren till våra forskningsfrågor kommer fram i texten och vi valde att jämföra resultatet en faktor i taget.

De faktorer vi egentligen ville få fram HaiPro-anmälningarna och intervjuerna kom inte fram. Detta kan bero på att en del anmälningar var bristfälligt ifyllda eller att det helt enkelt inte finns en sådan punkt att fylla i i anmälningen. Choo (2010) skriver att tekniska kunskaper i dataprogram är avgörande för att minska läkemedelsavvikelser. I följande stycke kommer vi att redovisa för vad vi fick fram från HaiPro-anmälningarna och intervjuerna. Med faktor menar vi de gemensamma faktorerna vi sökte från HaiPro-anmälningarna.

Att det skulle hända såhär mycket mera avvikelser på måndag, lördag och söndag kan bero på att på avdelningen görs ”en check” för att kontrollera att läkarnas ordinationer och läkemedelskortet stämmer överens med varandra. Checken görs på veckoslutet dvs. före en ny arbetsvecka börjar, och det är nattskötaren som gör den. Om datumet som står i anmälningarna är den dagen man har märkt avvikelserna, kunde detta kunna förklara varför avvikelser förekommer mest på veckoslutet. Vi tror att det är osannolikt att det skulle hända mycket mera fel dessa dagar. Även i intervjuerna kom det fram att sjukskötarna ansåg att det inte är någon skillnad på dag och dag. Men ser man på resultatet vi fick ut från HaiPro-anmälningarna sker det sju gånger mera avvikelser på söndag jämfört med torsdag och fredag. Om det faktiskt sker så här mycket mera avvikelser på söndag, om det inte bara beror på läkemedels-checken de gör, borde det enligt oss undersökas mera i det varför avvikelserna sker mest på söndagar. Det måste ju finnas en orsak för det.

Tidpunkten för när de flesta läkemedelsavvikelserna sker varierar. Det är svårt att säga om det faktiskt sker mest avvikelser under morgonen och i mitten av natten, för vi vet ju inte om felet skedde då eller bara märktes då. Den mesta läkemedelsutdelningen sker dessutom på morgonen, och ”checken” görs under natten. De intervjuade sjukskötarna var av den åsikten att det inte är någon skillnad på tidpunkten på dygnet. Detta bekräftar vår tanke om att läkemedelsutdelningen och checken påverkar mängden läkemedelsavvikelser.

Enligt de intervjuade sjukskötarna var den fysiska omgivningen en stor risk för läkemedelsavvikelser. De tyckte att utrymmet för läkemedelsbehandling var för trångt och för livligt. Läkemedelsrummet finns i samband med kansliet där man håller rapport, dokumenterar och diskuterar i allmänhet om allting som sker på avdelningen. Helovu et al. (2012) beskriver i sin artikel att den fysiska omgivningen ska vara säker. Enligt Helovu (2012) kan riskerna i omgivningen vara oreda, trängsel, distraktion, bristfällig belysning eller hygien. I intervjuerna framkom att det största problemet av dessa var trängseln och distraktionen. Vi som gjorde undersökningen har också märkt detta problem med trånga och distraherande läkemedelsrum under vår arbetskarriär. Enligt våra egna observationer verkar detta vara ett allmänt problem på flera olika avdelningar.

I få av HaiPro-anmälningarna som vi granskade kom det fram vilket läkemedel anmälningen gällde. I några kom det fram, med på grund av att underlaget var snävt bestämde vi oss för att inte ta denna faktor för granskning. Men sedan i intervjun ansåg alla att det vanligaste läkemedlet som det sker mest avvikelser med är antibiotika. Även hur läkemedlet hade administrerats när avvikelserna skett, kom dåligt fram. Bara i 16st av alla 77st kom det fram administreringssätt. Majoriteten av avvikelser skedde per os. Sjukskötarna som intervjuades hade inte märkt någon skillnad på att det skulle hända mera avvikelser med något visst administreringssätt.

I HaiPro-programmet finns det rubriker ”antovirhe” och ”jakovirhe” vilka vi beslöt oss för att slå ihop på grund av det små antalet av anmälningar. Detta resulterade i 6st olika grupper. Inom gruppen för *avvikelser i medicineringsprocessen* var den vanligaste avvikelserna att patienten fått för stor dos av ett läkemedel. Näst största gruppen var att patienten inte fått ett ordinerat läkemedel. Tredje största gruppen var att fel patient fått läkemedlet. Under vår HaiPro-genomgång fick vi inte fram varför dessa avvikelser hände, och under intervjuerna ansåg sjukskötarna att sådana avvikelser nästan aldrig sker. I intervjuerna kom det ändå ofta fram att om patienten fick för mycket läkemedel beror det oftast på det att vårdarna är vana att ge en viss dos av något läkemedel. I början var syftet att vi skulle få veta att hur ofta patienten får en fel dos av något läkemedel. Men eftersom detta inte direkt kommer fram från HaiPro-anmälningarna beslöt vi oss för att mera se på hurdana avvikelser som sker.

Från HaiPro-anmälningarna kom det tydligt fram att det största problemet med läkemedelsavvikelser är dokumenteringen. I HaiPro-anmälningarna som var kategoriserade under rubriken *Läkemedelsavvikelser* kom det inte fram andra orsaker till avvikelser som hade hänt på grund av kommunikationsbrist. I vår undersökning såg vi bara på anmälningarna som var gjorda under denna rubrik. Till HaiPro-programmet anmäls alla slags avvikelser i sjukvården, inte bara läkemedelsavvikelser. Man kan anmäla avvikelser till HaiPro-programmet också under rubriken *Kommunikation* och den var inte med i vår granskning. Alltså alla anmälningar som handlade om läkemedelsavvikelser och hade skett på grund av kommunikationen som berodde på dokumenteringen. De intervjuade sjukskötarna tyckte också att dokumenteringen till både den elektroniska journalen och pappersjournalen är besvärligt och tidskrävande. De beskrev de elektroniska pa-

tientjournalerna också som svåra att använda. De intervjuade sjukskötarna sade också att de tycker att då patienten kommer till avdelningen eller förflyttas till en annan enhet finns det en stor risk för läkemedelsavvikelser. I sådana situationer är det svårt att få patientjournalerna att stämma överens för att olika enheter använder olika program. Detta ger även svar till vår första forskningsfråga ”Vilken är den vanligaste läkemedelsavvikelsen på avdelningen?” Dokumenteringen var alltså största problemet. Även Helovu et al. (2012) konstaterar att fel inom vården sker ofta i dokumenteringen och informationsflödet. Helovu et al. (2012) påstår att en klar och entydlig information och dokumentering är grunden för en säker vård.

Då man tänker på läkemedelsavvikelser skulle man kunna tänka sig att de flesta avvikelserna sker då man har bråttom, åtminstone hade vi själva en sådan bild på grund av vad vi sett i arbetslivet. Men bara i 5 st. anmälningar av 77 kom det fram att det var bråttom på avdelningen. Ändå i intervjuerna tyckte 3 av 4 sjukskötare att brådskan är en betydelsefull faktor då läkemedelsavvikelser sker. Som förbättringsförslag sade alla 4 att vårdarna borde ha mera tid och mindre patienter att kunna göra sitt arbete noggrant. Också Petrova (2010) kom fram till att bristfällig mängd personal på avdelningen spelar en stor roll när läkemedelsavvikelser sker. Men eftersom denna faktor kommer dåligt fram från HaiPro-anmälningarna, anser vi att detta resultat inte riktigt går att lita på.

Med undersökningen kom vi fram till att sjukskötarnas åsikter om läkemedelsavvikelser på avdelningen inte helt stämmer överrens med HaiPro-materialet. Det finns många liknande faktorer som kom fram, men även sådan information som är motstridig. Vi hoppas att detta arbete kommer att leda till fortsatt forskning på avdelningen och förbättra patienternas läkemedelssäkerhet genom vårt resultat och personalens förbättringsförslag. Åtminstone tror vi att detta arbete leder till ökad diskussion om läkemedelsavvikelser på avdelningen.

11 KRITISK GRANSKNING

Vårt arbete innehåller en kvantitativ och en kvalitativ del, så i det följande stycket kommer vi att kritiskt granska båda delarna separat. Vi pekar ut faktorer som kan ha påverkat resultatet, både stora och små saker.

Aaltola och Valli (2010) beskriver att i den kvantitativa forskningen används ofta statistiska metoder. I vår kvantitativa del hade vi det grundläggande materialet redan färdigt i form av HaiPro-anmälningar från avdelningen. Vi analyserade alltså ett färdigt material, och plockade ut på förhand bestämda saker från anmälningarna. Personal som gjort anmälningarna har inte varit medveten om att deras anmälningar kommer att användas för undersökning, så det kan påverka undersökning positivt och höja arbetets reliabilitet. När personalen skrivit anmälningarna har den varit omedveten om undersökningen, så vår frågeställning har inte påverkat deras rapportering. Hade vi gjort den kvantitativa delen som enkät, så skulle vi inte ha kunnat jämföra verkligheten med personalens åsikter. När någon från personalen gjort en HaiPro-anmälning har denne ju själv kunnat kategorisera och förklara sitt fel från sin egen synvinkel, trots att felet kanske egentligen skett på grund av något helt annat. Så där finns en viss möjlighet till feltolkning, eftersom anmälningen är den enskilda vårdarens åsikt och uppfattning.

Enligt Aaltola och Valli (2010) är den grundläggande idén bakom en kvantitativ studie att bevisa om en viss hypotes är rätt eller fel. Vi som gjorde undersökningen ville inte ställa någon hypotes i förväg, för att vi skulle kunna vara helt opartiska till resultatet. HaiPro-anmälningarna som vi tog med till undersökningen var från åren 2011-2012, så en del gamla fakta kan förekomma i resultatet. Sådana saker som avdelningen kanske redan löst kan ännu synas i resultatet nu. I resultat fick vi fram vilken dag och vilken tidpunkt som var vanligast för läkemedelsavvikelse, men detta kan påverkas av att personen som gjort anmälningen meddelat dag och tid när anmälningen är gjord och inte när avvikelserna skedde. Denna sak kan vara missvisande i resultatet. Antalet anmälningar stämmer säkert inte heller överens med riktiga antalet läkemedelsavvikelser, eftersom vi har under vår egen arbetskarriär märkt att en anmälning inte alltid görs.

I den kvantitativa delen av vårt arbete användes en datainsamlingsmetod som gav oss den information vi var intresserad av. Nästan alla av de gemensamma faktorer vi ville få fram kom fram. Faktorerna kunde inte ha fått fram på något annat sett från HaiPro-materialet. Distriktsläkaren Ronny Gunnarsson (2002) förklarar i sin artikel om validitet att resultatet man får i undersökningen borde jämföras med resultat från andra liknande undersökningar. Vi har inte hittat andra undersökningar som undersökt samma saker

som vi gjorde, så vi har inte kunnat jämföra resultatet med andra undersökningar. På avdelningen i fråga har det inte gjorts några undersökningar om läkemedelsavvikelser över huvudtaget. Under intervjuerna var vi tydliga i vårt språk och vi hade noga tänkt ut i förväg vad vi skulle fråga, så chansen för misstolkning av våra intervjufrågor var liten. De intervjuade sjukskötarna fick också ställa frågor om de tyckte att något tema var oklart. Gunnarsson anser att man alltid i en undersökning skall sträva efter en hög validitet. Vi anser att validiteten i både HaiPro-delen och intervjuerna är relativt hög. Trots att samplet är litet, tycker vi att trovärdigheten är stor.

I den kvalitativa metoden är informanterna ofta noggrant valda, lämpliga personer för just den forskningen. (Bryman 2004) Så var det också i vår undersöknings kvalitativa del. Avdelningsskötaren valde sådana personer som han ansåg passade bäst för undersökningens intervjuer. Vilka personer som avdelningsskötaren valde påverkar resultatet. Även det faktum att antalet intervjuade bara var fyra stycken påverkar resultatet både negativt och positivt. Det negativa är att intervjuerna representerar bara en del av personalens åsikter, inte hela personalens. Men eftersom de bara var fyra stycken kommer deras egna åsikter bättre fram i resultatet, vilket kan ses som en positiv sak. Vi som utförde intervjuerna kände inte de intervjuade sjukskötare från tidigare. Att vi var obekanta för varandra kan leda både till en stelare intervju, men också till en ärligare intervju.

Inspelningen av intervjuerna spelade säkert också en roll för deras svar. Flera av de intervjuade vårdare verkade lite förskräckta när de hörde att intervjun skulle bandas. Det kan leda till att de lämnade vissa saker onämnda. Kvaliteten på den tekniska utrustningen som används i undersökningen skall vara pålitlig. (Gunnarsson 2002) Vår bandspelare hade bra ljudkvalitet och den var lätt att använda, vilket i sin tur höjer arbetets reliabilitet. Användning av bandspelare under intervjuerna ökade också vår förståelse för innehållet i intervjuerna, eftersom vi kunde lyssna på materialet upprepade gånger.

Själva intervjuernas pålitlighet (reliabilitet) var istället sämre. Sjukskötarna kom till intervjuerna mitt under sin arbetsdag då det var bråttom på avdelningen. Platserna för intervjuerna var också dåliga och oroliga, vilket kan påverka intervjuerna negativt. Reliabiliteten för vårt arbete varierar med tanke på vad man beaktar, men då man tar i beak-

tande möjligheterna för undersökningen så anser vi att reliabiliteten ändå var relativt hög.

I slutändan har vi märkt att arbetsprocessen inte var så bra genomtänkt och planerad. Hade vi planerat bättre skulle vi säker fått ut mera viktiga saker. Det har kommit fram så många olika modeller för hur man kan göra, och väldigt mycket växlande direktiv, så det har nog gjort att hela arbetet blivit lite osammanhängande. Men vi har lärt oss inför nästa undersökning.

12 FORTSATT FORSKNING

Här tar vi ännu fram några idéer till fortsatt forskning. Vi räknar upp idéerna och berättar sedan noggrannare om dem i följande stycke.

1. Personalens förbättringsidéer till elektronisk dokumentering.
2. Utbildningsmaterial till läkemedelsbehandling.
3. Planering av ett nytt rum för läkemedelsbehandling.

Det kom fram i vår undersökning att den elektroniska dokumenteringen är ett stort problem. Detta problem borde undersökas mera för att man skall kunna skapa ett bättre dataprogram för dokumenteringen. Klarare dokumenteringssystem skulle minska läkemedelsavvikelser som sker på grund av oklar dokumentering, likaså att ta fram personalens åsikter om vilket system som är bra och smidigt. Man kunde även undersöka olika dokumenteringssystem på olika avdelningar och hur de fungerar i praktiken.

Personalen på avdelningen vi undersökte önskade mera utbildning i läkemedelsbehandling. För att detta i praktiken skulle vara lättare att förverkliga kunde färdiga utbildningsmaterial göras. Material i form av infohäften, PowerPoint-presentationer eller böcker kunde användas för till exempel föreläsningar eller delas ut till personalen för att läsas på egen hand. Ett utbildningsschema för hela året skulle vara bra att ha på varje avdelning, och en utnämnd person som skulle vara ansvarig för utbildning på avdelningen.

Läkemedelsrummet på avdelningen borde förbättras enligt åsikterna vi fick fram i våra intervjuer. En undersökning om hurudant läkemedelsrum personalen skulle vilja ha samt att hurudant rum är fungerande i praktiken skulle kunna leda till ett säkrare rum där personalen kan ostört dela ut mediciner. Risker att den som förbereder mediciner blir störd och begår ett fel minskar i ett välplanerat och fungerande läkemedelsrum så som Choo beskriver i sin forskning (2010).

De här idéerna är våra egna som har växt upp under vår arbetsprocess. Dessa ämnen är väldigt viktiga för att nå den bästa möjliga patientsäkerheten men för stora att ta med i vårt arbete.

KÄLLOR

Aaltola, Juhani. & Valli, Raine. 2010, *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1*, 3 uppl., PS Kustannus, 261 s.

Aaltola, Juhani & Valli, Raine. 2010, *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2*, 3 uppl., PS Kustannus, 312 s.

Arcada – Nylands svenska yrkeshögskola. *God vetenskaplig praxis i studier vid Arcada*, Tillgänglig: http://studieguide.arcada.fi/webfm_send/481 . Hämtad: 18.9.2012.

Armitage, Gerry & al. *Reporting drug errors in a British acute hospital trust*, Clinical Governance: An International Journal, 2007, vol. 12 (2) s. 102 –114.

Bryman, Alan. 2004, *Social Research Methods*, 2 uppl., Oxford University Press, 592 s.
Choo, Janet & al. *Nurses' role in medication safety*. Journal of Nursing Management, 2010, vol. 18, s. 853–861.

Gabr, Hala & al. *Quality Improvement Techniques To Control Medication Errors in Surgical Intensive Care Units at Emergency Hospital*, Journal of Medicine and Biomedical Sciences, 2010, vol. 1 (1), s. 24-35.

Gunnarsson, Ronny. *Validitet och reliabilitet*. 2002. Tillgänglig: <http://infovoice.se/fou/bok/10000035.shtml> Hämtad: 25.3.2013.

HaiPro, 2013. Tillgänglig: <http://www.haiopro.fi/fin/default.aspx> Hämtad: 24.4.2013.

Helovuoto, Arto; Kinnunen Marina; Peltomaa, Karolina & Pennanen, Pirjo. 2012, *Potilasturvallisuus*, 2 uppl., Edita Prima Oy, 226 s.

Institutet för hälsa och välfärd, IHV. *Potilasturvallisuus*, 2012. Tillgänglig: http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-

fi/perustietoa;jsessionid=C5F3F84FB1F1C1E3C6B4A4A3664497E6 Hämtad: 08.09.2012.

Kinnunen, Marina. *Lääkehoitoa turvallisesti ja tehokkaasti*. 2012. Tillgänglig: <http://www.slideshare.net/THLfi/marina-kinnunen-lkehoitoa-turvallisesti-ja-tehokkaasti>. Hämtad: 9.4.2013

Kinnunen Marina; Keistinen Timo; Ruuhilehto Kaarin & Ojanen Juhani. 2009, *Vaara-tapahtumien raportointimenettely*. Institutet för hälsa och välfärd, Helsingfors.

Luk, L. A. & al. *Nursing Management of Medication Errors*, Journal of Nursing Ethics, 2008, vol. 15 (1), s. 28-39.

Petrova E. & al. *Nurses' perceptions of medication errors in Malta*. Nursing Standard, 2010, vol 24, s. 41-48.

Stakes & Utvecklingscentralen för läkemedelsbehandling ROHTO. 2007, *Potilas- ja lääketurvallisuussanasto*. Tillgänglig: <http://www.rohto.fi/doc/T28-2006-VERKKO.pdf> Hämtad: 21.1.2013.

Sundström Per. *Det är mänskligt att fela*. Läkartidningen, 2000, vol. 97, nr.23, s. 2842-2843.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli. 2009, *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*, 5 uppl., Tammi, 175 s.

Vetenskapsrådet. *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Tillgänglig: http://www.ibl.liu.se/student/bvg/filarkiv/1.77549/Forskningsetiska_principer_fix.pdf Hämtad 02.09.2012.

BILAGOR

Som bilagor till arbetet tillsatte vi forskningstillståndet från HNS, följbrevet till de intervjuade och intervjuteman. I forskningstillståndet för HNS har vi lagat svart på orden som berättar närmare information om själva avdelningen.

BILAGA 1. Forskningstillståndet (HNS)

HELSINGIN JA UUDENMAAN
SAIRAANHOITOPUOLUSTUS
HYKS-sairaanhoitoalue 2012
Operatiivinen tulosyksikkö

TUTKIMUSLUVAN
MYÖNTÄMINEN
§ 238
12.12.2012

1 (2)

Dnro

Hakijat	ensihoitajaopiskelijat Niina Heino ja Anna-Emilia Oksala
Esittelijä	johtava ylihoitaja Arja Tuokko
Asia	TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN ENSIHOITAJAOPISKELIJAT NIINA HEINON JA ANNA-EMILIA OKSALAN TUTKIMUKSELLE: LÄKEMEDELSAVVIKELSER PÅ EN KIRURGISK BÄDDAVDELNING PÅ ETT UNIVERSITETSSJUKHUS. EN KVANTITATIV OCH KVALITATIV STUDIE
Perustelut	<p>Arcada ammattikorkeakoulun ensihoidon opiskelijat Niina Heino ja Anna-Emilia Oksala anovat lupaa opinnäytetyölleen. Työn tavoitteena on kartoittaa yhden kirurgisen osaston lääkevirheiden ja -poikkeamien esiintyvyyttä sekä löytää parannusehdotuksia, joilla voidaan lisätä henkilökunnan osaamista vaaratilanteissa.</p> <p>Tutkimusaineisto on tarkoitus kerätä HYKS Operatiivisen tulosyksikön [REDACTED]. Tarkoitus on tutkia vuoden 2011 aikana osastolle kirjatut HaiPro - ilmoitukset lääkityspoikkeamien suhteen. Jos ilmoituksia on vähemmän kuin 50, silloin on tarkoitus ottaa tarkasteluun myös vuoden 2010 luvut. HaiPro -ilmoituksista merkitään ylös: viikonpäivä, kellonai-ka, lääke, jakotapa, annos, kirjaaminen, määräys ja potilaiden lukumäärä osastolla.</p> <p>Lisäksi opiskelijat haastattelevat teemahaastattelulla neljää [REDACTED] sairaanhoitajaa [REDACTED] sairaalassa. Osastonhoitaja valitsee haastateltavat sairaanhoitajat. Osallistujille on laadittu saatekirje ja suostumus osallistumiseen varmennetaan vielä allekirjoitettavalla suostumuslomakkeella. Teema-haastattelussa käytettävät kysymykset ovat liitteenä.</p> <p>Työtä ohjaa lehtori Christel Roberts Arcada ammattikorkeakoulusta. HUS-vastuuhenkilönä toimii osastoryhmän päällikkö Terhi Mäkelä.</p> <p>Osastoryhmän päällikkö Terhi Mäkelä on tietoinen opinnäytetyöstä ja suos- tuva sen toteuttamiselle [REDACTED].</p> <p>Opinnäytetyöstä saadun tiedon avulla yhdistetään tieto osaston lääkepoik- keamista ja sairaanhoitajien käsityksistä lääkepoikkeamin. Tästä näkökul- masta voidaan tehostaa niitä toimenpiteitä, joiden avulla lääkepoikkeamien esiintyvyyttä voidaan ehkäistä osastolla.</p>
Päätös	Edellä olevan perusteella päätän, että ensihoitajaopiskelijat Niina Heino ja Anna-Emilia Oksalalle myönnetään tutkimuslupa ajalle 12.12.2012 - 30.03.2013.
Ehdot	Tutkimuksen yhteydessä käytettäviä tietoja on pääsääntöisesti käsiteltävä anonyymisti. Henkilötietojen avainrekisterin säilyttämisestä huolehtii aina HUS:ssa tutkimuksen vastuuhenkilö. Tutkimusluvan saaja huolehtii muun tietoaineiston asianmukaisesta arkistoinnista ja mahdollisten tietojen ko- pioiden hävittämisestä. Tutkimusluvan saajan HUS:n nimissä syntyvät jul- kaisut on julkaisukeräysohjeiden mukaisesti toimitettava tiedoksi ja työsu- hdekeksinnöt on ilmoitettava kirjallisesti HUS:lle.

Tutkimuksesta tulee sen valmistuttua toimittaa raportti opinnäytetyön raportointilomakkeella (johtajaylilääkärin ohje 1/2010 liite 5) HYKS Oper ty EVO-vastuulääkäri Pauli Puolakkaiselle, operatiivisen tulosyksikön toimialajohtaja Reijo Haapiaselle sekä johtava ylihoitaja Arja Tuokolle. Johtava ylihoitaja Arja Tuokolle lähetetään myös koko raportti sähköisessä muodossa.

Sovelletut oikeusohjeet

HUS Yleiskirjeet nrot 22/2000 ja 4/2002
Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/1999)
Henkilötietolaki (523/1999)
Laki viranomaistoiminnan julkisuudesta (621/1999)
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)
Potilasvahinkolaki (585/1986)

Päätösvalan peruste

Hallintosääntö 20 §
HYKS operatiivisen tulosyksikön johtajan päätös § 249 (31.08.2009)

Lisätietojen antaja

Erikoissuunnittelija Leena Timonen, p. 050 - 427 0568 tai 09 - 471 78407
sähköposti: leena.timonen@hus.fi


Pauli Puolakkainen
HYKS/Oper ty, EVO-vastuulääkäri

Tiedoksi

ensihoitajaopiskelija Niina Heino
ensihoitajaopiskelija Anna-Emilia Oksala
opettaja Christel Roberts/Arcada ammattikorkeakoulu
johtava ylihoitaja Arja Tuokko
osastoryhmän päällikkö Terhi Mäkelä
erikoissuunnittelija Leena Timonen
kliininen asiantuntija Marita Ritmala-Castrén
kliininen asiantuntija Satu Rauta
kliininen asiantuntija Jaana Kotila
kliininen asiantuntija Hannele Saunders
kliininen asiantuntija Susan Arminen
kliininen asiantuntija Tiina Saloranta
kliininen asiantuntija Anna-Maija Jäppinen

Lähetetty tiedoksi

12.12.2012/tv

BILAGA 2. Följbrevet till informanterna

Saatekirje

30.10.2012

Hyvät haastateltavat,

Olemme kaksi ensihoitaja AMK-opiskelijaa ammattikorkeakoulu Arcadasta. Teemme opinnäytetyömme [*sjukhusets namn och avdelning*], ja tutkimuksen julkinen nimi on Läkemedelsavvikelser på en kirurgisk bäddavdelning på ett universitetssjukhus.

Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa lääkevirheet ja –poikkeamat osastolla ja henkilökunnan kehittämisideoita toimintaan sekä parantaa henkilökunnan tietämystä mahdollisista vaaratilanteista. Tulosten perusteella on mahdollista parantaa potilasturvallisuutta ja kehittää uusia toimintatapoja turvallisen lääkehoidon toteuttamiseksi.

Osastonhoitaja on valinnut haastateltaviksi neljä sairaanhoitajaa, kriteereinä riittävä kokemus hoitotyöstä ja lääkehoidon toteutuksesta sekä kolmivuorotyön tekeminen. Haastattelu toteutetaan teemahaastatteluna ja osittain vapaana keskusteluna. Haastattelu on anonyymi yksilöhaastattelu ja se tullaan nauhoittamaan vastausten tulkitsemisen helpottamiseksi. Haastateltavien henkilötietoja ei tulla missään vaiheessa yhdistämään vastauksiin. Kaikki vastausmateriaali tuhoetaan kun tutkimus on valmis.

Osallistuminen haastatteluun on täysin vapaaehtoista ja sen voi keskeyttää missä vaiheessa tahansa. Ennen haastattelun alkua käydään vielä läpi tutkimuksen tarkoitus ja vapaaehtoisuus allekirjoittamalla suostumuslomake.

Mikäli teillä on kysyttävää tutkimuksesta, voitte ottaa yhteyttä meihin sähköpostitse.

Kiitämme jo etukäteen osallistumisesta haastatteluun!

Ystävällisin terveisin,

Anna-Emilia Oksala anna-emilia.oksala@arcada.fi

Niina Heino niina.heino@arcada.fi

Christel Roberts crs@arcada.fi

Arcada Akutvård

BILAGA 3. Intervjuteman

Intervjuteman

1. Förekomst av läkemedelsfel - Hur ofta? Vanligaste felet? Vad påverkar?
 2. HaiPro - Utbildning av programmet/användning? Användning av HaiPro?
 3. Kommunikation - Diskuteras det om läkemedelsfelen/egna fel? Berättas det om felen åt patienterna/anhöriga?
 4. Åtgärder mot läkemedelsfel - Har avdelningen/vårdaren rutiner mot läkemedelsfel? Hurudan utbildning får man på avdelningen? Går man igenom HaiPro-anmälningarna med personalen på avdelningen? Vad tycker dem själva att borde göras?
-

Haastatteluaiheet

1. Lääkevirheiden esiintyvyys – Kuinka usein? Yleisin virhe? Mikä vaikuttaa?
2. HaiPro – Koulutus ohjelman käyttöön? Ohjelman käyttäminen?
3. Kommunikaatio – Keskustellaanko lääkevirheistä/omista virheistä? Kerrotaanko virheet potilaille/omaisille?
4. Toimenpiteet lääkevirheiden estämiseksi – Onko osastolla/hoitajalla rutiineja lääkevirheiden estämiseksi? Millainen koulutus osastolla on lääkehoitoon? Käydäänkö HaiPro-ilmoituksia läpi henkilökunnan kanssa? Mitä heidän mielestä asialle pitäisi tehdä?

BILAGA 4. Arbetsfördelningen

Detta arbetet har gjorts som ett sammarbete. Hela arbetete har planerats och undersökningen utförts tillsammans. Många delar av arbetet har vi suttit ihop och skrivit tillsammans, så det går inte att dela upp alla delar. Men vissa delar har någondera av oss skrivit mer ensam. Här en grov uppdelning av arbetsfördelningen under detta arbete.

Abstrakte:	Svenska: tillsammans Finska: Anna-Emilia Engelska: Anna-Emilia
Inledningen:	Anna-Emilia
Bakgrund:	Niina
Teoretisk referensram:	tillsammans
Koppling till tidigare forskning:	Artikel 1-2, 6: Niina Artikel 3-5: Anna-Emilia
Syfte och frågeställning:	tillsammans
Metod:	Anna-Emilia
Design – Arbetsprocessen:	Niina
Etiska reflektioner:	Anna-Emilia
Resultat:	tillsammans
Diskussion:	tillsammans
Kritisk granskning:	Niina
Fortsatt forskning:	Niina